

TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
KADIN ÇALIŞMALARI ANABİLİM DALI

KADININ AYDINLATILMIŞ ONAMI BAĞLAMINDA SEZARYEN
UYGULAMALARI: BİYOETİK BİR DEĞERLENDİRME

Doktora Tezi
OYA ÖZSAVAŞ

Ankara, 2023

TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
KADIN ÇALIŞMALARI ANABİLİM DALI

KADININ AYDINLATILMIŞ ONAMI BAĞLAMINDA SEZARYEN
UYGULAMALARI: BİYOETİK BİR DEĞERLENDİRME

Doktora Tezi

OYA ÖZSAVAŞ

Prof. Dr. BERNA ARDA

Ankara, 2023

**TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
KADIN ÇALIŞMALARI
ANABİLİM DALI**

**KADININ AYDINLATILMIŞ ONAMI BAĞLAMINDA SEZARYEN
UYGULAMALARI: BİYOETİK BİR DEĞERLENDİRME**

**OYA ÖZSAVAŞ
DOKTORA TEZİ**

**Tez Danışmanı
Prof. Dr. BERNA ARDA**

TEZ JÜRİSİ ÜYELERİ

Adı ve Soyadı

İmzası

- 1- Prof. Dr. Berna ARDA
- 2- Prof. Dr. Güzin YAMANER
- 3- Doç. Dr. Cemal Hüseyin GÜVERCİN
- 4- Doç. Dr. C. Akça ATAÇ
- 5- Dr. Öğr. Üyesi Abdullah YILDIZ

**Tez Savunması Tarihi
10.05.2023**

T.C.
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürlüğü'ne,

Prof. Dr. Berna ARDA danışmanlığında hazırladığım “Kadının Aydınlatılmış Onamı Bağlamında Sezaryen Uygulamaları: Biyoetik Bir Değerlendirme (Ankara, 2023)” adlı yüksek lisans ☐ doktora/bütünleşik doktora ☒ tezimdeki bütün bilgilerin akademik kurallara ve etik davranış ilkelerine uygun olarak toplanıp sunulduğunu, başka kaynaklardan aldığım bilgileri metinde ve kaynakçada eksiksiz olarak gösterdiğimi, çalışma sürecinde bilimsel araştırma ve etik kurallarına uygun olarak davrandığımı ve aksinin ortaya çıkması durumunda her türlü yasal sonucu kabul edeceğimi beyan ederim.

10.05.2023

(İMZA)

Oya ÖZSAVAŞ

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	i
TABLolar DİZİNİ.....	ii
KISALTMALAR DİZİNİ.....	iii
1. GİRİŞ.....	1
2. KURAMSAL TEMELLER.....	7
2.1. İkili Karşıtlıklar ve Kadının Bedeni	7
2.2. Sağlığın Tıbbileşmesi	20
2.2.1. Biyopolitika ve Biyoiktidar	29
2.2.2. Üreme Sağlığı Hakkı ve Cinsel Sağlık.....	37
2.2.2.1. Üreme Konusunda Karar Verme Özerkliği.....	45
3. TEMEL KAVRAMLAR VE TARİHSEL GELİŞİM.....	51
3.1. Biyoetik	51
3.1.2. Feminist Biyoetik	55
3.2. Aydınlatılmış Onam Kavramı	63
3.2.1. Aydınlatılmış Onamın Tarihsel Gelişimi ve Hukuki Arka Planı	68
3.2.1.2. Türkiye’de Aydınlatılmış Onamın Hukuki Arka Planı	80
3.2.3. Aydınlatılmış Onamın Konusu ve Kapsamı	87
3.2.4. Aydınlatma Yükümlüsü ve Aydınlatılacak Kişi	93
3.2.5. Aydınlatmanın Zamanı ve Şekli.....	97
3.2.6. Aydınlatmanın Sınırlılıkları ve İstisnaları.....	100
3.3. Sezaryen	105
3.3.1. Tarihsel Gelişim Süreci.....	109
3.3.2. Sezaryen Doğum Endikasyon ve Komplikasyonları.....	111
3.3.3. Etik Açısından Sezaryen	116
3.3.4. Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Sezaryen Uygulamasına Etkileri.....	125
4. ARAŞTIRMANIN GEREKÇESİ, AMACI, HİPOTEZLERİ	138
4.1. Araştırmanın Gerekçesi ve Amacı.....	138
4.2. Araştırmanın Hipotezleri	140
5. YÖNTEM	142
5.1. Nitel Araştırma Yöntemi.....	142
5.2. Veri Toplama Süreci.....	147
5.3. Veri Analizi	150
5.3.1. Tematik Analiz.....	151
5.4. Örneklemin Özellikleri.....	154
5.5. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	155

5.6. Etik Kurul Kararı	155
5.7. Aydınlatılmış Onam Formu.....	156
6. ARAŞTIRMA BULGULARI	157
6.1. 1. Bölüm: Tercih Nedenleri ve Düşünceler	159
6.2. 2. Bölüm: Bilgi kaynakları	172
6.3. 3. Bölüm: Karar Mekanizması	176
6.4. 4. Bölüm: Sezaryen doğumda aydınlatılmış onam uygulaması.....	180
7. TARTIŞMA.....	202
7.1. Sezaryen Doğumun Tercih Edilme Nedenleri	203
7.2. Sezaryen Doğuma Dair Düşüncelerin Değerlendirilmesi.....	219
7.3. Sezaryen Doğum Hakkındaki Bilgi Kaynakları ve Bilgi Edinimi Etkileyen Faktörler.....	224
7.4. Sezaryen Doğum mu, Vajinal Doğum mu, Kimin Kararı?	227
7.5. Türkiye’de Biyoetik Açısından Sezaryen Uygulamaları	235
7.5.1. Sezaryen Doğumda Aydınlatılmış Onamın Uygulanma Usulü	236
7.5.2. Aydınlatmanın Doğum Sürecine Etkisi.....	246
7.5.3. Sezaryen Doğumda Yapılan Bilgilendirmenin Kapsamı ve Aydınlatılmış Onamın Temel Bileşenlerinin İçerilme Durumu.....	254
8. SONUÇ	282
KAYNAKÇA.....	296
EKLER	366
ÖZET	381
ABSTRACT	382

TEŞEKKÜR

Etik düşünme, yaşama ve eyleme biçimimi perçinleyen, etik alanında merakımı ve ilgimi inşa eden, doktora eğitimim ve tez çalışması sırasında her zaman içten desteği ve ilgisini esirgemediği, bana yol gösteren, engin bilgisi ve hoşgörüsü ile her zaman yanımda olan çok kıymetli tez danışmanım Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı ve Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Kadın Çalışmaları Anabilim Dalı Başkanı Sayın Prof. Dr. Berna Arda'ya şükranlarımı sunuyorum. Hayatta karşılaştığım en büyük şanslardan biri kendisiyle tanışmak oldu. Tez İzleme Komitesi Üyesi olarak bu çalışmaya önemli katkılar sağlayan, değerli eleştirileri ve yapıcı yaklaşımlarıyla bana yol gösteren, nazik ve duyarlı davranışlarıyla bana destek olan sevgili hocalarım Ankara Üniversitesi Devlet Konservatuvarı ve Kadın Çalışmaları Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof. Dr. Güzin Evliyaoğlu ile Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Öğretim Üyesi Doç. Dr. Cemal Hüseyin Güvercin'e teşekkürlerimi sunuyorum. Tez jürisinde yer alıp çalışmaya katkı veren Çankaya Üniversitesi İktisadi İdari Bilimler Fakültesi Öğretim Üyesi Doç. Dr. Cemile Akça Ataç ve Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Dr. Öğr. Üyesi Abdullah Yıldız'a teşekkür ederim. Doktora eğitimim sırasında hem bilgi birikimleri hem yaşamı algılayış biçimleriyle hayatımda iz bırakan Ankara Üniversitesi Hukuk Fakültesi ve Kadın Çalışmaları Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof. Dr. Gülriz Uygur ve Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi ve Kadın Çalışmaları Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Doç. Dr. Emel Memiş'e teşekkür ediyorum. Doktora eğitimim ve tez dönemimde her zaman bana yardımcı olan Ankara Üniversitesi KASAUM sekreteri sevgili Fidan Sabaz'a çok teşekkür ediyorum. Hayatım boyunca desteklerini hiçbir zaman esirgemedikleri için annem Ayşe Meşeli, babam Aydın Meşeli ve kardeşim Can Meşeli'ye teşekkür ederim. Değerli mesai arkadaşım Dr. Hasan Ali Çetin'e teşekkür ediyorum. Her zaman verdiği destek ve ciddi katkı için mesai arkadaşım sevgili İsmail Eren'e teşekkürlerimi sunuyorum. Sadece bu tez çalışmasında değil en mutlu ve en umutsuz zamanlarımda yanımda olan, her zaman arkamda duran sevgili arkadaşlarım Işıl Altun ve Nebiye Han'a teşekkürlerimi sunuyorum. Ve Evre Çoruh, yalnızca bu tez çalışmasını gerçekleştirmemde verdiği destek ve göstermiş olduğu özveri için değil, hayatımda olduğum için müteşekkirim. Bu tez çalışmasını, sevgili oğlum Arel Özsvaşı'ya ithaf ediyorum. O olmadan böyle bir çalışma ortaya çıkmazdı.

TABLÖLER DİZİNİ

Tablo 3.1. Türkiye’de yıllara göre sezaryen oranları.....	117
Tablo 5.1. Görüşmeciler için belirlenen görüşme kodları	150
Tablo 5.2. Görüşmeciler ile yapılan derinlemesine görüşme tarihleri.....	150
Tablo 5.3. Deşifre edilmiş metinlerde soruların yanıtlarını belirtmek üzere tercih edilen renkler.....	153
Tablo 6.1. Sezaryen doğum bağlamı ve o kapsamda ortaya çıkan ana tema ve alt temalar	159
Tablo 6.2. Görüşmeciler tarafından sezaryen doğum yapmalarına neden olduğu belirtilen endikasyonlar.....	166
Tablo 6.3. Sezaryen doğum bağlamı ve o kapsamda ortaya çıkan ana tema ve alt temalar	167
Tablo 6.4. Bilgi edinimi bağlamı ve o kapsamda ortaya çıkan ana tema ve alt temalar	173
Tablo 6.5. Doğum şekli bağlamı ve o kapsamda ortaya çıkan ana tema ve alt temalar	177
Tablo 6.6. Aydınlatılmış onam bağlamı ve o kapsamda ortaya çıkan ana tema ve alt temalar	182
Tablo 6.7. Görüşmeciler bazında sezaryen doğum çerçevesinde aydınlatılmış onamın uygulanma usulü.....	184
Tablo 6.8. Sağlık personeli/gebe ilişkisi bağlamı ve o kapsamda ortaya çıkan ana tema ve alt temalar	189
Tablo 6.9. Görüşmeciler bazında sezaryen öncesi ve sonrası olası durumlara karşı yapılan bilgilendirme.....	194
Tablo 6.10. Aydınlatılmış onamın temel bileşenlerinin sezaryen bağlamında uygulanma ve bilgilendirmenin kapsamının içerilme durumu.....	198

KISALTMALAR DİZİNİ

ABD	Amerika Birleşik Devletleri
ACOG	The American College of Obstetricians and Gynecologists (Amerikan Obstetrisyenler ve Jinekologlar Birliği)
AI	Uluslararası Af Örgütü (Amnesty International)
AİHM	Avrupa İnsan Hakları Mahkemesi
AİHS	Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi
AKPM	Avrupa Konseyi Parlamenterler Meclisi
BM	Birleşmiş Milletler
CEDAW	Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women (Kadınlara Karşı Her Türlü Ayrımcılığın Önlenmesi Sözleşmesi)
CETAD	Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği
CIOMS	Uluslararası Tıp Bilim Örgütleri Konseyi
CİSÜ	Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Hakları Platformu
CMUK	Ceza Muhakemeleri Usulü Kanunu
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı)
FIGO	The International Federation of Gynecology and Obstetrics (Uluslararası Jinekoloji ve Obstetri Federasyonu)
HASUDER	Halk Sağlığı Uzmanları Derneği
IBC	International Bioethics Committee (Uluslararası Biyoetik Komitesi)
ICCPR	International Covenant on Civil and Political Rights (Kişisel ve Siyasal Haklar Uluslararası Sözleşmesi)
ICESR	International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights (Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklar Uluslararası Sözleşmesi)

ICPD	International Conference on Population and Development (Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı)
IPPF	Uluslararası Aile Planlaması Federasyonu
ISAPS	The International Society of Aesthetic Plastic Surgery
NIH	National Institutes of Health (Ulusal Sağlık Enstitüleri)
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development (Ekonomik Kalkınma ve İş Birliği Örgütü)
RG	Resmî Gazete
SDP	Sağlıkta Dönüşüm Programı
SSK	Sosyal Sigortalar Kurumu
SSVD	Sezaryen Sonrası Vajinal Doğum
TCK	Türk Ceza Kanunu
TNSA	Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması
TTB	Türk Tabipleri Birliği
TTB-UDEK	Türk Tabipleri Birliği Uzmanlık Dernekleri Eşgüdüm Kurulu
TÜİK	Türkiye İstatistik Kurumu
UNESCO	United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (Birleşmiş Milletler Eğitim, Bilim ve Kültür Örgütü)
UDHR	Universal Declaration of Human Rights (İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi)
ÜYTE	Üremeye Yardımcı Tedavi
YÖK	Yükseköğretim Kurulu
DSÖ	World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)
WMA	World Medical Association (Dünya Hekimler Birliği)

1. GİRİŞ

Kadın ve erkek kimliklerini biyolojik farklılıklar üzerinden doğaya referansla açıklayan söylem, kimliğin toplumsal bir inşa olduğu yorumunu yadsımaktadır. Kimlik politikalarının cinsiyetçi söylemi ve iktidar biçimleri arasında kurulan ilişki bunun sadece doğal düzlemde değil hem pratik hem de etik alanında işlediğini, değerler alanı ile yüklü olduğunu bize göstermektedir. Biyolojik determinizmden kaynağını alan ikili karşıtlıklar çerçevesinde işleyen anlayış kadının konumlanması üzerinde etkili olmuştur. Bu noktada toplumsal cinsiyet kimlik ile iktidar arası tarihsel bağları açığa çıkarmak açısından verimli bir enstrüman olarak kullanılabilir. Böylece kimliklerin verili olma niteliği eleştirilirken kültürel, toplumsal ve tarihsel bir özellik taşıdıkları ortaya çıkarılabilmektedir. Bu, aynı zamanda cinsiyet kategorilerinin iktidar ile olan ilişkilerini ortaya koymaya da yararmaktadır.

Çalışmada iktidara Foucault'nun ele aldığı biçimde her yere sirayet eden, bedenlerde mesken tutan, tutum ve davranışları değiştiren mekanizmalar bağlamında değinilmiştir. Bu bize tıp, biyopolitika, biyoiktidar, tıbbileşme kavramları bağlamında bedenin tarihsel olarak nasıl kurulduğunu anlamak, bedenin politikasını tartışabilmek için gerekli kavramsal çerçeveyi sağlamıştır. İktidarın yaşam ve ölüm üzerindeki belirleyiciliği yeni olmasa da modern iktidarın işleme biçimi ve kullandığı teçhizat yenidir. Bedenin politik bir kategori olarak sorunsallaştırılması bizi biyopolitika kavramına götürmektedir. Foucault (2008a) biyopolitikayı ele alırken bedenleri ve nüfusu hem doğrudan hem de dolaylı yollardan etkileyen unsurları ele alarak bunların biyolojik yaşamı dönüştürmesinin etkisine değinmektedir. Biyoiktidar ise biyopolitikayı açıklamak için yararlı bir kavram olarak insanda bulunan biyolojik yapıyı, politika ve iktidarın stratejilerinin nesnesi kılan mekanizmaları anlamamıza yararmaktadır.

Çalışmamızda biyopolitika ve biyoiktidar kavramlarının kavşağında tıbbın aldığı yola değinilmiştir çünkü kliniğin doğuşuyla tıbbın sosyal boyutunun yeniden inşası iktidar ilişkileri ile sağlık kavramının dönüşümünü de kaçınılmaz hale getirmiştir. Burada biyopolitika ve çalışmamızın önemli bir uğrağı olan biyoetik kavramlarının keşşimi karşımıza çıkmaktadır ki modern tıp çerçevesinde biyoetiğin de çalışma alanına giren birçok konu biyopolitikanın da kapsamında değerlendirilmektedir. Sağlık kapsamındaki uygulamalar ve yaşayan organizma üzerindeki çalışmalarda meydana gelen değer problemlerinin konu edildiğı, tartışıldığı, araştırıldığı disiplinler arası alan biyoetik olarak adlandırılmaktadır. Bütün kavramaları bir arada düşündüğümüzde tıbbi gelişiminin yaşam standartlarını iyileştirip hayatı olumlu yönden etkilediğı söylenebilirken diğer yandan birey üzerindeki denetimin artırılmasında rol oynadığı söylenebilmektedir.

Hastalık kavramı, tarihsel olarak bedenin ve ona ait marazların dışında toplumsal, kültürel ve siyasi olarak kabul edilmeyen davranış ve durumları tanımlamak için de kullanılmaya başlanmıştır (Blaxter, 2020: 884). Tıbbileşme ile bireyin hem davranışı hem bedeni tıp ağının bir parçası haline gelmiştir. Tıp ilişkisel bir uygulama alanı olduğu için içinde bulunulan toplumun toplumsal, sosyo-ekonomik yapısı gibi belli başlı rasyonalitelerle bağlantılıdır. Toplumsal örüntüler ve ekonomik koşullar tıbbi bilgi pratiklerini etkilerken onlar tarafından yeniden kurulmaktadır. Bu çerçevede tıbbın biyopolitik bir strateji olarak değerlendirilmesi, tıbbi bilgi ve pratiklerin iktidar içindeki kritik konumunu tüm toplumsallığı içinde bedenin inşasındaki stratejik rolünü tartışmak hedeflenmektedir. Tam da kuramsal tartışmaların odağında bulunan iktidar söylemlerinin işaret ettiği kadın bedeni üreme yeteneğı nedeniyle toplumsal beden olarak algılanmaktadır. İktidar mekanizmalarının kadın bedenini nasıl denetim altına aldığı, doğumun tıbbileşmesi özelinde ele alınmaktadır. Kadın bedeninin denetlenmesi ise toplumun, nüfusun ve cinselliğın denetlenmesi anlamına gelmektedir. Tıbbileşme ile kadın bedeni üzerindeki denetim meka-

nizmaları güçlenmektedir. Kadınların bedenlerine özgü özelliklerden dolayı yaşam süreçlerinde karşılaştıkları her evre (menstrüasyon, gebelik, doğum, postpartum, menopoz vb.) tıbbileştirilmektedir.

Tez çalışmamız özelinde doğumun tıbbileştirilmesi sürecine odaklanılmıştır. Ancak konuya şu yönden de yaklaşmak gerekmektedir; kadınların doğurganlıklarını kontrol yetenekleri diğer hakların kullanımı için önemli bir temel oluşturmaktadır. Toplumsal cinsiyet açısından bakıldığında insan hakları, insan onuru ve temel özgürlüklere uygun hareket edilmesi halinde üreme konusunda karar alacak kişi kadının kendisidir. Doğum süreci kadınların yaşam sürecinde önemli bir dönüm noktasıdır. Bu süreçte kadınların vermeleri gereken en önemli karar ise doğum şeklidir. Vajinal doğum kadın vücudunun fizyolojik yapısına uygun bir doğum şeklidir ancak çeşitli endikasyonlar sonucu bebeğin sezaryen yöntemi ile doğurtulması gerekebilmektedir. Endikasyonlar dışında ise elektif sezaryen uygulamaları etik değildir. Sezaryen ile doğum son yıllarda hem dünyada hem de ülkemizde çok sık başvurulmuş bir cerrahi girişimdir. Özellikle tıbbileşme ile endikasyon olarak kabul edilmeyen olgular bile endikasyon olarak görülmeye başlanmış, bu durum doğum eyleminde de müdahale artışına neden olmuştur.

Çalışmamız özelinde ele alındığında doğal bir süreç olan ve kadının kendi içsel dinamikleri ile gerçekleştirebileceği bir eylem olan doğum, hastane ortamında kadınların tercih hakkı göz ardı edilerek tıbbi bir uygulama haline gelmiş, böylece sezaryen ile doğum oranları artmıştır. Bu çerçevede sezaryen uygulamalarının artan oranı ve sezaryen uygulamaları çerçevesinde kadının aydınlatılmış onamının alınıp alınmadığı, ne kadar aydınlatıldığı, alınan aydınlatılmış onamın ise usulüne göre alınıp alınmadığının biyoetik açıdan incelenmesi çalışmanın temel sorununu oluşturmuştur. Oysaki doğum şekli kararı, anne ve bebeğin durumu gebelik boyunca değerlendirilerek alınmalıdır. Kadınların sağlıklı karar almaları için onlara verilecek destek ve yapılacak bilgilendirme önem taşımak-

tadır. Burada kadınların özerkliklerine bağlı olarak alınacak aydınlatılmış onam etik açıdan önemli bir unsur olarak karşımıza çıkmaktadır. Biyoetik açıdan aydınlatılmış onam hastaya yapılacak müdahale hakkında hastanın verdiği rızanın içeriğini oluşturmaktadır. Toplumsal bakımdan kadınlar açısından değerlendirildiğinde, söz konusu ölçütler etik açıdan açık olsa da onları uygulamak zor ve zaman kaybettirici olabilmektedir. Bu çerçevede kadının kendi özgür iradesini azaltan eşitsiz güç ilişkilerinin üzerinde durulması gerekmektedir. Kadınlar uygulamaların onlara sağladığı fayda ya da neden olabileceği riske değer olup olmadığına karar verebilecek karar merciidir. Kadının onamının, insanlık hakkı olan özgür iradesine uygun iletişim yöntemleri ile temin edilmesi, etik zorunluluktur. Aydınlatılmış onam ise sadece bir imza değil, bir iletişim ve etkileşim sürecidir.

Çalışma, kadın bedeninin tıbbileşmesini sezaryen bağlamında ele almakta, konuya biyopolitika ve biyoiktidar kavramları çerçevesinde eleştirel bir perspektifle yaklaşmaktadır. Kadının aydınlatılmış onamını sezaryen uygulamalarını özelinde ortaya koymak ve bu çerçevede biyoetik açıdan bir değerlendirme yapmak tez çalışmasının amacı olarak belirlenmiştir. Çalışmada sezaryen sürecini yaşamış kadınlar üzerine nitel bir araştırma gerçekleştirilmiş, soruna kadınların perspektifinden yaklaşılmıştır. Kadınların; doğum şekli tercihlerini etkileyen nedenler, sezaryen doğuma dair düşünceleri, sezaryen doğum konusundaki bilgi kaynakları ve bilgi edinmelerini etkileyen unsurlar, doğum kararı sürecinde ne kadar etkili oldukları, doğum kararlarına müdahale etmenin hasta ve insan haklarına uygun olup olmadığı tez çalışmasında cevaplanmaya çalışılan sorular olup bunların yanı sıra Türkiye’de biyoetik açıdan sezaryen uygulamaları, sağlıklı olmayan göstergelere rağmen elektif sezaryenin önerilip önerilemeyeceği, sezaryen doğumda aydınlatılmış onamın uygulanma usulü, aydınlatmanın doğum sürecine etkisi, sezaryen doğumda yapılan bilgilendirmenin kapsamı ve aydınlatılmış onamın temel bileşenlerinin içerilme durumu araştırılmıştır.

Bu çerçevede çalışmada ilk olarak kuramsal temeller ortaya konulmaya çalışılmış, kadının konumlanması ikili karşıtlıklar, toplumsal cinsiyet algısı ve kadın bedenini inşa eden, denetleyen söylemler ile tarihsel bir süreç içerisinde betimlenmiştir. Çalışmamızın temel meselelerinden birini oluşturan sağlığın tıbbileşmesi, Foucault'nun biyoiktidar ve biyopolitika kavramları ele alınarak açıklanmıştır. Tıbbileşme çerçevesinde kadınların üreme ve cinsel haklarına değinilmiş, kadınların üreme konusunda karar verme özerkliği bir alt başlık olarak ele alınmıştır.

Çalışmada yöntem ve analiz aşamasına geçilmeden önce tezimizin temel kavramları ve söz konusu kavramların tarihsel gelişimi ele alınmıştır. Tezimizin önemli bir uğrağı olan biyoetik kavramı açıklandıktan sonra biyoetiğe feminist yaklaşımlar ele alınmıştır. Aydınlatılmış onam kavramı, tarihsel gelişimi, ulusal ve uluslararası hukuki gelişim süreçleri ile açıklanmış, aydınlatılmış onamın konusu, kapsamı, yerine getirilme unsurları, aydınlatmanın yükümlüsü ve aydınlatılacak kişi, aydınlatmanın zamanı ve şekli, sınırlılıkları ve istisnaları ile detaylandırılmıştır. Tez çalışmasının önemli bir uğrağı olan sezaryen, kavramsal olarak açıklandıktan sonra tarihsel gelişim süreci, sezaryen doğum oranları ile sezaryen endikasyon ve komplikasyonlarına yer verilmiştir. Sezaryen oranlarının artışı ve sezaryen uygulamalarını biyoetik açıdan daha anlamlı bir şekilde ele alabilmek için sezaryen, etik açıdan ele alınarak hastalık ve sağlık yaklaşımındaki değişimin sağlık politikalarındaki değişimi etkileme süreçleri ele alınmış, Türkiye'de uygulamaya konulan Sağlıkta Dönüşüm Programı'na değinilerek sezaryen doğum üzerine etkileri tartışılmıştır.

Araştırmanın gerekçesi, amacı ve hipotezleri ortaya konulduktan sonra yöntem kısmına geçilmiştir. Tez çalışmasında feminist metodolojiden de yararlanılarak nitel araştırma yöntemi kullanılmış, derinlemesine görüşme veri toplama tekniğı olarak kullanılmıştır. Araştırmada derinlemesine görüşmeler toplam on görüşmeci ile yapılmıştır. Yorumlamacılık temelli niteliksel araştırma çerçevesinde derinlemesine görüşme yöntemi

ile gerçekliği temsil ettiği ileri sürülen büyük örneklem yerine daha az sayıdaki bireyin temsil ettiği gerçekliği ortaya koymak planlanmıştır. Bireylerin algılarını, hissedişlerini, deneyimlerini, düşüncelerini kendi ifadeleri ile tanımlamalarını ayrıntıları ile ele almak az sayıda kişinin oluşturacağı bir örneklem üzerinde çalışılması anlamına gelmektedir. Bu manada araştırmacının, sürecin aktif katılımcısı olması ve temsil edilebilirlik ölçütünün yerine, birlikte yaşama, paylaşma ve ilişki kurma nosyonu tercih edilmiştir. Tez konusu çerçevesinde yapılan literatür taramasında şimdiye kadar yapılan çalışmaların nicel çalışmalar olduğu görülmüştür. Konu üzerine gerçekleştirilen nitel çalışmaların çok az olması çalışmanın literatürdeki açığı kapatmak açısından önem taşıdığını göstermektedir.

Çalışmamız çerçevede amaçlanan ölçmek değil, kavramsallaştırmak, analiz etmek ve yorumlamaktır. Araştırmadan elde edilen veriler tematik analiz ile değerlendirilmiştir. Tematik analiz sonucu elde edilen veriler, araştırma bulguları bölümünde sunulmuş, tartışma bölümünde araştırma çerçevesinde elde edilen veriler, incelenmiş olan ulusal ve uluslararası literatürde yer alan nicel çalışmalarla karşılaştırılarak analiz edilmiştir. Sonuç kısmında elde edilen veriler değerlendirilerek ulaşılan sonuçlar ve öneriler sunulmuştur.

Sonuç olarak, sezaryen uygulamalarının aydınlatılmış onam bağlamında ele alınmasının ve konunun toplumsal cinsiyet bağlamında değerlendirilmesinin Türkiye’de çok az çalışılmış bir alan olduğu ve gerçekleştirilen çalışmaların ise tarafımızca ele alınan birçok soruyu cevaplamada yeterli olmadığı gözlenmiştir. Bu alanda ülkemizde gerçekleştirilen çalışmaların konuyu sadece belli bir bakış açısından ele alıyor olması yapılacak çalışmaların interdisipliner bir mahiyet taşımasının gerekliliğini ortaya koymaktadır. Aydınlatılmış onamın biyoetik bağlamda çok boyutlu olarak değerlendirilmesinin ülkemiz açısından gerekli olduğu göz önünde bulundurularak, literatür çalışmaları incelenip, ihtiyaçlar tespit edilerek “Kadının Aydınlatılmış Onamı Bağlamında Sezaryen Uygulamaları: Biyoetik Bir Değerlendirme” adlı tez çalışması gerçekleştirilmiştir.

2. KURAMSAL TEMELLER

2.1. İkili Karşıtlıklar ve Kadının Bedeni

Biyolojik yasalara tâbi beden, durağan, kültürel değişim ve farklılığın değişkenlik ve akışını önceleyen, içsel değişmeyen gereklilikleri olan bir şey olarak görülmektedir. Doğanın yalnızca bir olgusu olarak kabul edilmeyen yeni beden ise ıstırap ile bigâne düşmeyi tecrübe edebilen bir beden olarak ifade edilmektedir (Csordas, 1994: 1). Bir kurgu olarak beden tarih dışı ve tarihin beden üzerindeki etkisinden azade değildir. Connell bu noktada bedenin kültürle yorumlanabilecek tarihsel bir gerçeklik olduğunu, verili olmadığını belirtmektedir (1987: 87). Beden aynı zamanda sadece biyolojik değil, toplumun tam içinde sosyal bir inşa, anlamlandırılan bir yapıdır. Turner, Batı düşünce geleneğinde beden algısının, hazlarla eş tutulan aklın tam karşıtı olarak görülen “Helenistik Hıristiyan geleneğinden” şekillendiğini ifade etmektedir (2008: 37). Bu inşanın ya da Turner’ın belirttiği gibi algının temelini de ikili karşıtlık düşüncesi oluşturmaktadır. İnsan bedenini ele alan çalışmalar tıp, siyaset veya din olsun geleneksel akıl/beden ayrımı varsayımına dayanmakta, Batı sosyal bilim anlayışının önemli bir teorik ve pratik problemini bedenselliğin ihmal edilmesi oluşturmaktadır (Turner, 1992: 32). İkili karşıtlıklar ya da Kartezyen bakış açısına göre beden ve akıl arasındaki ayrım birbirlerine karşıt alanlar olarak inşa edildikleri için ayrı disiplinlerce ele alınmaya başlanmış; beden tıbbın da içinde yer aldığı doğa bilimleri tarafından ele alınırken akıl ise kültür bilimlerinde ele alınır olmuştur.

İkili karşıtlıklar kaynağını biyolojik determinizmden alan sistematik bir kurgu olarak ifade edilebilmektedir. Burada bahsettiğimiz kurgu, doğal ve değişmez olana göndermede bulunarak toplumsal, kültürel olarak kurulan normatif belirlemelerin zorunlu olduğu sonucuna ulaşmaktadır. Kadınlar aklın değil, duyguların özdeşleştiği, duygu-

lar/duygu-olmayan arasına çizilmiş cinsiyetli, katı bir sınırın varlığı, bir ikili karşıtlık meselesidir (ki genelde akıl/akıl-olmayan, rasyonel/irrasyonel olan şeklinde kavramsallaştırılmaktadır) (Philo'dan aktaran: Lloyd, 2015: 53). Bir tarafın daima diğer tarafa tahakkümünü içeren ikili karşıtlıklar temelinde bulunan etken-edilgen olma durumunun izlerini, Eski Yunan felsefi kanonunda sürmek mümkündür. Platon aklın düzenleyici ilkesine tabi olmayı yücelterek doğadan dolayısıyla kadınlıktan uzaklaşmayı, bedenden kurtulmayı sağlık vererek ikici bakış açısının felsefi sistemde yerleşmesini ve ikili karşıtlık düşüncesi içinde tahakküm nesnesi olan beden ve kadının çevre olarak konumlanmasını sağlamıştır. Platon, kadının topluma dâhil olmasının üreme, doğum yoluyla sağlanacağını belirtmektedir. *Yasalar* (2007)'da evlilik ve mülkiyet arasındaki ilişkiyi ortaya koyarken evlilik bağlamında kadının erkeğin mülkiyeti olduğunu ifade etmektedir. Aristoteles ise kurguladığı hiyerarşik düzen içerisinde kadını fonksiyon ve kapasite üzerinden ele almakta, doğa metaforuna atıfta bulunarak düzen içerisinde doğal olarak kadınların erkekten daha aşağı konumda olduğunu, bu nedenle de doğal olarak erkekler tarafından yönetildiklerini ifade etmektedir (Köysüren, 2013: 26).

Aklın, insan-merkezli yaşama, dünyayı anlamlandırıp açıklamakla ve insan olmanın temel niteliğinin bir koşulu haline gelmesi Aydınlanma düşüncesiyle ve moderniteyle daha da derinleşmektedir. Kant'ın düşüncesinde akıl, “hayvan doğamızla karşıtlık içinde kurulmuş bağımsız bir yeti (faculty)” olarak karşımıza çıkmaktadır (Seidler, 1994: 1). Modern felsefeyi şekillendiren Kartezyen düşüncede ise akıl ve doğa arasındaki keskin ayrım akıl yoluyla düşünmek üzerine kurulmaktadır. Descartes'in özne kavrayışı, insanın kendi dışındaki her şeyin varlığından hatta ve dolayısıyla kendi varlığından bile şüphe etmeye başlamasının bir sonucu olarak, kesinlik arayışı sürecinde düşüncenin kendi içine dönmesini ifade etmektedir. Akıl, aydınlanma felsefesiyle özel bir statüye yerleştirilirken beden, sadece mekanik bir yapı olarak ayrıcalıklı olmayan bir yere yerleştirilmiştir. Descartes, zihin/beden ikiliğinin temelini tözü ikiye bölerek oluşturmaktadır

(Grosz, 1994: 6-7). Söz konusu ikilik akıl ile beden arasında kurulduğu gibi insan ile doğa, özne ile nesne, kadın ile erkek gibi kategorik ayrımlarda da görülmektedir. Bu düşünce aynı zamanda modern bir benlik kavramsallaştırmasına işaret etmektedir. İnsanı dünyadaki diğer canlı varlıkların üstüne çıkaran şey, insanın kendini ‘ben’ olarak görebilmesidir (Goldman, 1983: 40). Bütünsel bir benlik duygusuna sahip ve hükmeden akıl tahayyülüyle özdeşleştirilen bu insan kategorisinin işaret ettiği cinsiyet ise erkektir. Kadınlığı, duygusal, bedensel, doğal, güdüsel olana ve bunların dile gelmesine yazan bu ikili karşıtlık sisteminde, erkek ve erkekliğin kültürel modelleri, duygusallığın eksikliğiyle özdeşleştirilmektedir (Galasinski, 2004). Rasyonellik kavramı ise kadınsılıkla ve kadın bedeniyle tipik olarak örtüştüğü düşünülen niteliklere karşıt olarak tanımlanmaktadır (Pedwell ve Whitehead, 2012: 119). Eril/dişil arasındaki ayrım, öznel ve kamusal alan arasında bir kopmaya, nesnel ve öznel arasında bir ayrışmaya, maddesel ve tinsel arasında bir yabancılaşmaya işaret etmektedir. Akıl-dışı, duygusal, kişisel olan kadının yer aldığı ikincil ve marjinal alan; akıl sahibi, rasyonel, kendi kaderini tayin etme yetisine sahip olan ise erkek öznedir.

Plumwood (2004) tahakküm altına alma tasavvurunun farklılıklar, hiyerarşi açısından okunduğunu, karşıtlık ekonomisine tahvil edilerek, iktidar ve tabi olma süreçlerine maruz bırakıldığını belirtmektedir. Aydınlanma ile birlikte bilimsel bilginin temelini oluşturan özne/ nesne arasındaki ilişki sorusu, daima tipik olarak cinsellik, cinsiyet ve toplumsal cinsiyet metaforlarıyla düşünülmektedir. Lloyd (2015), *Erkek Akıl* adlı çalışmasında rasyonel bilginin, doğa güçlerinin bir tür aşılması, dönüştürülmesi veya kontrol altına alınması olarak anlaşıldığını belirtmektedir. Epistemik otoritesi erkek/eril olarak kurulan modern bilimin nesnesi olan doğa söylemsel olarak “dişil” kodlar ile işaretlemiştir. Buna göre kadın ile doğa arasında kurulan analogide doğa gibi kadın üzerindeki tüm sır perdesi de ortadan kaldırılmalıdır (Keller, 2007: 58-64). Hekman’a göre, bu düalizmler

içerisinde özellikle rasyonel/irrasyonel ikiliği çerçevesinde, erkeğe ait söylem bağlamında bilgi alanının dışında tutulan kadınlar ile her zaman akıl dışı olan arasında bağ kurulmuştur (2016: 22).

Aydınlanma ideallerine eleştirilerin yöneltildiği modernlik tartışması çerçevesinde kategorik ayrımların sorgulamaya açılması, söz konusu kategorik ayrımların birbirine bu kadar zıt ve ayıksı bir yapıya sahip olup olmadığı ele alınmıştır. Post-yapısalcılık ve yapıbozumun etkisi bu ayrımların sorgulanmasına kapı aralamıştır. Kadınların konumlandırılışı ile hem modern teori hem de ikili yapılardan meşruiyetini alan ve modern teorinin üzerine inşa edildiği evrenselcilik, özcülük vb. yaklaşımlar eleştirilmeye başlanmıştır (Best ve Kellner, 2011: 250). Eleştirilerin başında meta anlatılara yönelik olanlar gelmektedir. Flax meta anlatıların kurgusallığı bağlamında tarihsel, toplumsal veya dilsel inşa olduklarını ifade ederken tartışmalarının muhtevasını “insanın ölümü”, “tarihin ölümü” ve “metafiziğin ölümü” başlıklarının altında oluşturduğunu belirtmektedir (1990: 32-34). Benhabib, feminist bakış açısıyla bu konuda bir analogi kurmaktadır. “İnsanın ölümü”, insanın “aşkın bir varlık olduğu” yaklaşımlardan vazgeçilmesi anlamına gelmektedir çünkü insan öznelliğe sahip olan ve kültür, dil ya da söylem ile öznelliği inşa edilen bir varlıktır. “İnsanın ölümü”, “akılcı erkek öznenin gizemden arındırılması” olarak adlandırılmaktadır.

Bu noktada De Beauvoir’a bakmakta fayda vardır. De Beauvoir, *İkinci Cins* (2009) kitabında, cinsiyeti toplumsal olarak inşa edilmiş bir kategori olarak görmekle birlikte, erkekliğin aktif ve bağımsızlığına zıt olarak kadınlığın doğal olarak pasif ve bağımlı olduğu görüşüne karşı çıkmaktadır. Biyolojik farkların belirli hiyerarşi, tahakküm içeren, kadını nesneleştiren erkeği ebedi özne, kadını ise daimî nesne kılan mekanizmalara nasıl dönüştüğünü, eşitsizliğin yaratımında tarihin ne denli etkili olduğunu ifade etmektedir. İleriki satırlarda değineceğimiz üzere cinsiyet, toplumsal cinsiyet ayrımı beden/akıl,

doğa/kültür gibi ikilikleri sürdürse de bu yaklaşımları bozacak bir dayanak oluşturmaktadır. Kadın doğulmaz, kadın olunur sözü de aslında, onun tarihsel, toplumsal, kültürel olduğunu ifade etmektedir (Direk, 2009: 12). De Beauvoir'ın iki anlamı olan bir durum olarak beden anlayışı; alınılan yorumların sürdürüldüğü bir durumsallığa, kültürel yorumlamanın meskenine ve sosyal bağlam içerisinde konumlanmış, tanımlanmış maddi bir gerçekliğe tekabül etmektedir. De Beauvoir'ın kadınların kendilerini kurtarmaları gereken bir durum olarak öne sürdüğü kadınlık durumunu, “içkinliğe mahkûm edilmişlik” olarak ifade etmekte; “içkinlik” terimini “aşkınlık” terimiyle karşıtlığı içinde ele almak gerektiğini belirtmektedir (Direk, 2009: 15). De Beauvoir'ın içkinliği Hegel'in “doğa” kavramına yakın bir biçimde düşündüğü de öne sürülebilmektedir. Kadın bedeni, kültür kadını “başkası” olarak kurduğu için bir handikap haline gelmektedir. Kadını ikinci cins haline getiren felsefi argüman “başkalık” mefhumuna, bu mefhum içine yapılan bir ayırma dayanmakta, Hegelci efendi/köle diyalektiğine gitmektedir. Hegel bir özbilincin kimlik kazanması onun başkası için olması, başka bir bilinçle ilişkide olmasını gerektirdiğini belirtirken bu ilişkiyi, iki özgürlüğün mücadelesine dayandırmakta, ortaya çıkan asimetric iktidar ilişkisinin bir karşılıklılığa dönüşme imkânını diyalektik bir biçimde açıklamaktadır.

De Beauvoir'a göre tarih boyunca kadın ve erkek cinsiyetleri arasında bir karşılıklı ilişki yoktur çünkü kadın yalnızca ataerkilliğin tarihinde değil, onu önceleyen anaerik düzenlerde de “başkası” olarak kurulmuştur. Kadının başkalığında söz konusu olan mutlak başkadır. Bu diyalektiğe girmeyen hem yadsınıp hem de korunup aşılamayacak “mutlak bir farklılık” olarak inşa edilmiştir. “Mutlak başka” ile “Aynı” arasındaki ilişki hiçbir zaman bir eşitlik ilişkisi olamayacak, her zaman köleliğe indirgenemeyecek bir tahakküm ilişkisi olarak sürüp gidecektir. Akılsallığın doğuşu ve kendisine benzeyen öteki erkeği köleleştirilmesi eşzamanlıdır. Ona göre önemli olan iş bölümünün cinsiyetlendirilmiş, doğurganlığın belli bir biçimde anlamlandırılmış olmasıdır. Bu noktada “kadın”

ile “erkek” şeklindeki sınıflandırma, cinsiyetlendirilen bedenlerin toplumsal yapı içerisinde farklı konumlandırıldığını göstermektedir (Benhabib, 2008: 29-35). Toplumsal cinsiyet pratiği de tam da burada devreye girmektedir çünkü eleştiriye uğrayan Aydınlanmanın aklı kendiyle özdeş gördüğü eril özne ile konumlandığı, diğer tüm ötekilik ya da farklılıkları dışlayıp var oluş olanaklarını elinden aldığı görülmektedir. Scott toplumsal cinsiyetin bu noktada, iktidar ilişkilerini açığa çıkararak ilişkisel bir analizi olanaklı hale getiren bir kavram olduğunu belirtmektedir (2007: 38).

Toplumsal cinsiyet aydınlık/karanlık, arınma/kirlilik, masumiyet/yozlaşma gibi kültürel simgeler, bu simgelere bağlı gelişen normatif kavramlar ki bunlar değişmez bir ikili karşıtlık içinde ortaya konulmaktadır, tüm normatif yapıların eril/dişil üzerinden ayrışması, bu ikili karşıtlık sisteminin siyaset-iktidar ile olan ilişkisi ve toplumsal kurumlar içinde üretilmesi-yeniden üretilmesi ve toplumsal cinsiyet kimliklerinin inşasının öznel kimlik boyutunu muhteva etmektedir. Toplumsal cinsiyet, kadınlara ve erkeklere ilişkin uygun roller hakkındaki fikirlerin tamamen toplumsal olarak yaratıldığını ifade eden kültürel inşalara işaret etmenin bir yolu olarak karşımıza çıkmaktadır. De Beauvoir’da da karşımıza çıkan kadını doğal değil tarihsel bir gerçek olarak görmesidir. Kadın bedensellikte cinsiyetlendirilmiş olarak görülürken aşkın özne olarak erkek bedensellikle değil, bedeni tahakküm altına alan tinsellik, özgürlük ve akılla özdeşleştirilmektedir. Toplumsal cinsiyet, cinsiyetli bir bedene zorla yüklenen toplumsal bir kategoridir. Bu manada erkek egemenliği, ister kadınların yeniden üreme sürecindeki emeklerinin erkeklere mal edilmesi, isterse de kadınların erkekler tarafından cinsel anlamda nesneleştirilmeleri şeklinde ortaya çıksın, analizin kendisi fiziksel farklılığa dayanmaktadır. Fiziksel farklılığın evrensel ve değişmez bir niteliğe bürünmesi ciddi eleştiriye uğramaktadır ki bu özcülük eleştirisini beraberinde getirmektedir.

Butler, De Beauvoir'ın zihin/beden ayrımının toplumsal cinsiyet eksenindeki işleyişini göstermekte başarısız olduğunu çünkü bedeni söylemsel olarak inşa edip özgürlükten ayırdığını söylemektedir (Butler, 2008: 60). Hakikat olarak cinsiyet fikri, tutarlı kimlikler yaratan düzenleyici pratikler vasıtasıyla üretilmektedir. Butler, Foucault'da cinselliğin ikili düzenlemesine bağlı olarak üreme hegemonyası ile tıbbi-hukuksal hegemonyayı kesintiye uğratan cinselliğin altüst edici çokluğunun bastırıldığını; Wittig'in belirttiği gibi de zorunlu heteroseksüellik sisteminin üreme odaklı hedeflerine cinsiyete getirilen ikili kısıtlamanın imkân sağladığını ifade etmektedir (2008: 69). Scott eşitlik ve farklılık tartışmasını çözümünü bu iki kavramın birbirinin antitezi olarak ileri sürülmesine karşı çıkmakta bulmaktadır (1988: 32-50). Scott kadınlığın durağan bir konum, ontolojik bir esas oluşturmaktan çok, artzamanlı ya da eşzamanlı değişebilen veyahut müzakere edilebilen bir olgu olarak algılanması gerektiğine ilişkin yaklaşım öne sürmektedir. Toplumsal cinsiyet bağlamında Benhabib'e geri dönersek tarihin ölümü tarihin kurgusallığının, kimin öyküsü olduğunun gündeme getirilmesi olarak görülmektedir. Platon'dan Descartes'a, Kant'a ve Hegel'e kadar Batı felsefesi, aklın erkek öznesinin tarihidir. Bunun paralelinde meta anlatılara son vermek, tarih güçlerinin temsil ettiğini, onlarla birlikte ya da onlar adına hareket ettiğini ileri süren grup ve örgütlerin bu hâkimiyet iddialarına karşı çıkmak anlamına da gelmektedir (Benhabib, 2008: 29-35).

Post-yapısalcı dönüşümün psikanaliz ekolü, post-Lacancı kuram bağlamında cinsellik, öznellik ve toplumsal cinsiyet gibi kavramları ele aldıkları analizleriyle iktidar ile bu kavramlar arasındaki ilişkilere dair psikanalitik çerçeveyi eleştirmişlerdir. Psikanalizde vurgulanan diş cinsiyette eksiklik dilbilimsel yapısalcı bir paradigma içinde Lacan'da sembolik sistemde dişye özgü bir konuşan özne konumunun bulunmaması olarak yorumlanmaktadır. Lacan fallus kavramını kullanarak eksiklik ancak aynı zamanda arzuya işaret etmektedir. Fallus ayrıca öznenin dil içinde var olmasını sağlayarak iktidar ve

toplumsal açıdan konumunu belirtmektedir. Konuşan özne konumu da bir iktidar sembolik olan fallus göstereni ile işaretlendiği için, erkek de kadın da eril özne olarak konuşma eylemini gerçekleştirebilmektedir. O halde kadın, dilde kendini kadın olarak temsil etme imkânı elinden alınmış bir erkektir. Kadınlara erkeklerden bağımsız bir biçimde, kendi kararlarını verebilen özerk özneler olarak da bir yer verilmemektedir. Game, Lacan'da öznenin oluşumu ve dile giriş kuramına bakıldığında cinsel olarak farklılaşmış ve hiyerarşikleşmiş olanın kültürel olan olduğu ifade etmektedir (1998: 83). Cixous, Irigaray, onlardan beslenen Butler, bedeni, tarihin ve kültürün dışında biyolojik bir yapı olarak ele alan ikili karşıtlıklar bağlamında değil, göstergeler içerisinde aktif bir fail olma durumu şeklinde yorumlamaktadır. Karşıtlıklar ve sıra düzenler üstüne kurulu her türlü ikici düşünceye karşı olan Cixous, *Sorties* adlı çalışmasında kültür/doğa, biçim/madde, konuşma/yazma gibi karşıtlıklarla, kadın/erkek ikiliği arasında bağlantı kurmaktadır (Sarup, 2004: 159). Diyalektik yapıların cinsel ayrımında olduğu gibi öznellik üzerinde baskı kurduğunu söylemektedir. Karşıtlıklarda yer alan terimlerden biri daima diğerine göre daha üstün tutulmakta, biri diğerini baskılamakta, aralarındaki çatışmaya bağlı olarak iç içe geçmektedir. Irigaray ise eleştirel bir bakış açısıyla ikilik düzenini tersine çevirmek yerine kadın erkek arasındaki iktidar dengesini tersine çevirmeye odaklanmaktadır (Sarup, 2004: 169).

Irigaray, Heidegger'in *Varlık ve Zaman*'da gündeme getirdiği varlık sorusunun bedenin maddeselleşmesinden, cinsiyetlileşmesinden ayrı bir biçimde ele alınmasının meşruluğunu sorgulamakta; kadının temsiliyetinin söylem üzerinden erkek tarafından üretildiğini belirtmektedir. Irigaray'a göre felsefe tarihinde dışıl olarak tanımlanan madde, felsefede tanımlanmamış olandır ve bu dışlama felsefenin tutarlılığı için bir meşruiyet koşuludur (Demir, 2013: 37). Irigaray ile Kristeva, Freud, Lacan ve Derrida'yı yeniden okuyarak eril söylem ve dil ile ilişkisi içerisinde kadını tekrardan yorumlarken onu yeniden

kurup olan düzeni tekrarlamak istemezler, onların isteği totalleştirici söylemi yapıbozuma uğratmaktır. Kristeva simgesel düzenin akla dayalı yapısı ile denetim altına alınmayan simgesel düzenin sınırlarını tehdit etmesi nedeniyle söylemin sınırlarına sürgüne gönderilen dışıl anlama biçimlerine değinmektedir. Freud'un oedipal ve preoedipal dönem arasındaki cinsel dürtülere dair ayırımı karşılık Kristeva psikolojik ve toplumsal yaşamda işlevi bulunan göstergesel ve simgesel kavrayışı koymaktadır (Sarup, 2004: 179-180). Kristeva, *Dehşetin Güçleri*'nde (1986) abjeksiyon kavramını ortaya koyarken söz konusu fenomenin insanın sembolik ve/veya toplumsal boyutunun kurulmasında rol oynadığından bahsetmektedir. Abject olarak kadın bedeni ötekileştirilmekte ama asla tam bir dışlamaya uğramamaktadır. Ben ve öteki arasındaki sınırın oluşması için gerekli olan abject, çocuğun anne bedeniyle olan preoedipal sürekliliğinden çıktığı, dile girip toplumsallaştığı sırada oluşmaktadır. Kadın bedenini kuran mekanizma, anneliğin bastırılmasında rol oynayan yasayı da inşa etmektedir.

Butler ise Foucault üzerinden Lacan ve post-yapısalcıları okumaktadır. Lacan'ın önemi, cinsiyetten imgesel ve simgesel olmayan bir varlık, gerçeklik, doğa olarak bahsetmeyi reddetmesidir. Hep oluşum hâlinde, bir süreç-olarak-özne kavrayışı söz konusudur. Özne, doğal, değişmez bir öze, kendiliğinden bir anlama ve bütünlüğe sahip bir varlıkmış gibi değil de somut iktidar ilişkileri içinde kurulan ve bu nedenle de hiçbir zaman tam olarak kurulamayan, sürekli dönüşüme açık ve çatışmalı bir oluş süreci olarak ele alınmaktadır (Özkazanç, 2018: 563). Tam da burada Butler, toplumsal süreçlerden bağımsız bir beden varsayımını, cinsiyet-toplumsal cinsiyet ayırımını, kendinde bir dışsallığa ihtiyaç duymayı ve onu verili kabul etmeyi bir problem olarak tanımlamakta, bedenin kendi dışında iktidar ilişkileriyle donatılmış, bağımsız bir maddeselliği işaret etmediğini bu yüzden de maddeselleşme ve kuşatılmanın beraber işlediğini belirtmektedir (Direk, 2009: 61). Kültürel ve maddi olan ayırımını eleştiren Butler, performans kavramını kullanmaktadır. Kültürel olarak sürdürülen zamansal bir süreç olan performatiflik, bir fiil

değil, beden açısından kendiliğinden etkide bulunan “bir ritüel” olarak ifade edilmektedir. (Butler, 2008: 48) Bu daha çok Schechner’in ritüalistik uygulamalardan yola çıkarak ulaştığı radikal performans kavramına benzemektedir. Hint kültürüne dair akışkan kimliksiz bir devinim olan Maya-Lila örneğini veren Schechner yanılısama-oyun örneğinin, performans bağlamında dönüştürülebildiğini, herkese açık geçirgen gerçeklikler, varlığın kaygan zemini olan oyun dünyaları olarak karşımıza çıktığını belirtmektedir. Bütün ilişkiler geçici, birbirinin içine işleyen, geçirgen, dönüştürülebilen, herkese açık ve çoklu; yaratım ve yıkım ise bu manada bir döngüdür (2015: 38-62).

Barad’ın performativite kavramı ise anlatsal, söylemsel ve eylemsel bir yineleme olarak her defasında bir şeyleri farklı yapma şansı tanımaktadır. Grosz’un bahsettiği de bedenin verili olarak ya da doğal olarak cinsel ya da cinsiyetlendirilmiş ve sosyal inşadan öte belirlenmiş ya da belirlenebilir olmadığı, açık uçlu olduğu, esnek bir anlamlar setine tekabül ettiği, yeniden yazılabilen bir şey olduğudur (2014: 50-58). Bedenin organik olarak kavranmasına götüren bu bakış açısı fenomenolojik bir yaklaşımdır. Fenomenoloji, organik bedeni bir anlam sorunu çerçevesinde düşünmekte; yaşayan bedeni, dünyayla kurduğu yönelimsel ilişkilerden itibaren ele almayı önerirken bedenin bilinç ile birleştiği yani hem içe hem de dışa sahip olduğunu ifade etmektedir. *Algının Fenomenolojisi* adlı eserinde Merlau-Ponty, akıl ve beden düalizmini bertaraf etmek için bedencilleşme kavramını ima etmektedir. O, insan algısının her zaman belirli bir uzam ve perspektifte konumlandığını, bu konumlanmanın da bedenli olmaya dayandığını, dışsal bir deneyimin ise bedenle ilgili belirli bir farkındalık yaratıp ima ettiğini öne sürmektedir (Merlau-Ponty, 2002: 239). Bedeni bir olasılıklar dizisi olarak gören Merleau-Ponty bedenin sadece tarihsel bir fikir olmadığını belirtirken zihinsel olguların aynı zamanda somatik olduğunu, deneyimlerimiz ile gerçekliklerimizin bedenlerimizin uzamdaki konumundan azade olmadığını bize hatırlatmaktadır. Organik bedenin hayatta kalma, kendi bekası ve çıkarlarıyla ilgilenme karakteriyle tanımlanması ilk önce Artaud sonra da Deleuze tarafından

eleştirilmiştir. Deleuze, Artaud'nun hiyerarşiye, özdeşliğe, kuruma girmeyen, bir organizma olarak düzenlenemeyen, yaratıcı organsız bedenini bir direnç, başka bedenlere eklenilen bir makine olarak yeniden düşünmektedir. Deleuze ve Guattari'de organsız beden aynı zamanda olmuş değil, sürekli bir oluş içinde olan inşa edilmemiş bir yapıdır. Çevreyle ve birbirleriyle olan etkileşimi, iletişimi üzerinden tanımlan bu beden tahayyülü düzenlenecek bir organizma ve denetim altına alınabilecek bir nesne durumunda değildir (Brown, 2015: 11; Deleuze ve Guattari, 1988: 150-151; Hayles, 1999: 4). Deleuze ve Guattari'nin organsız bedeni, Kartezyen ikiliğin karşısına dönüşen maddeyi koymaktadır.

Bu bakış açısı ikiliklere, kartezyen mantığa, karşı çıkmayı özünde barındırmaktadır. Kartezyen mantığına alternatif olarak getirilen yorumlar çerçevesinde denemecilik/üççülük teorilerine baktığımızda Cottingham (1985) tarafından Descartes'ın zihin/beden ikiliğinin alternatif olarak üçüncü bir niteliğin, duyumun, getirildiği görülmektedir. Üç tür madde ya da üç tür gerçeğin varlığı çerçevesinde Popper'da (2020) karşımıza birbiriyle ilişkili, aynı olmayan ancak birine indirgenemeyen veya izlenemeyen fiziksel nesnelerin dünyası, deneyim/duygu, öznel deneyimler dünyası, nesnel bilgi dünyası çıkmaktadır.

İkilik karşıtlıklar eleştirisine yeni materyalizm tartışmaları çerçevesinde baktığımızda aklı bedene, kültürü doğaya üstün kılan düalist karşılaştırmaları eğilimi niteliksel olarak değişikliğe uğratan çapraz kültürel bir teori seti ile karşımıza çıkmaktadır. Bu bir tür farklılık felsefesi, modernitenin ikiliklerini yerinden ederek yeni bir ontolojiye kapı aralamaktadır (Toprak, 2022: 187). Bu çerçevede Bergson ile literatüre giren belirlenimsiz madde düşüncesinde beden, sabit uzamsal bir varlık olmaktan ziyade belirli bir zamanda uzamsal olarak toplanmış çok kısa eylemlerin ve istikrarsız durumların ardışıklığına atıfta bulunan bir dizi niteliğe tekabül etmektedir. Algı ise duyuşsal bir niteliğin çok kısa anların anımsatıcı bir sentezi, zihnin madde ile göreceli bir çakışmasıdır (Bergson,

1991: 205-209). Barad, maddeyi töz olarak değil, ilişkiselliğe içkin eylem olarak ele almakta, faillığe sadece insani bir nitelik yüklemeyerek maddenin makro ve mikroskobik seviyeleri boyunca yinelemeli değişikliklerin yürürlüğe girmesi olduğunu ileri sürmektedir (Barad, 2003: 826). Barad'ın bakış açısıyla benlik, maddi unsurlar ve ötekilerin dolaşıklığı, döngüselligi; benliğin ise varlık ve zaman yoluyla kırımına uğraması söz konusudur. Öteki aslında daima hâlihazırda içeride olandır (2019: 193-194).

Bu, Grosz'un *Volatile Bodies* (1994) adlı eserinde bedeni düşünmek için sonsuzluk işaretini metafor olarak kullanmasını, içeriden dışa, dıştan içe doğru giden bu metafor ile ikiliğin ötesine gitme içi/dışa, dışı/içe çevirmeyi amaç edinmesini anımsatmaktadır. Öznelliğin oluşumunda bedenlere öncelik vererek bedenselliğin özcü kavrayışlarının bedenlere biçtiği sabit, durağan, değişmez ve verili olma durumundan bedenleri kurtarmayı amaç edinmektedir. Butler ise dişil ve dişilin zorunlu olarak dışarı olarak konumlanıp, dondurulamayacağı ifade etmektedir. Üremeye katkıda bulunan dişillığın alanında üreyen ve daima benzerlerini üreten, bunu dişil üzerinden ancak onun desteği olmaksızın icra eden fallik bir form bulunması, dişil maddenin form tarafından biçimlendirilmesi ve dışlanması ifade etmektedir (Butler, 2014: 68-69).

Bu çerçevede Deleuze ve Guattari'ye bakarsak madde, töz ya da özne vb. tanımlamaları akışlar, süreçler vb. çerçevesinde ele alıp sorunsallaştırmaları; bilinç veya hayat canlı varlık tahakkümüne sokmamaları önem taşımaktadır. Beden, iktidar ilişkilerinden azade değil ancak etkilerin ve imkânların gerçek, yaşayan bir bileşimi olarak etkindir. Deleuze ve Guattari'de özne çoğul, parçalarının, sıfatlarının sonsuzluğuyla moleküler bir model olarak ifade edilmektedir. Evrim, ilerleme, öykünme, özdeşleşme veya dönüşüme atıfta bulunmayan oluş, hepsini önceleyen, hepsinin ilk adımı hem erkekler hem de kadınlar için kadın-oluş, hayvan-oluş, moleküler-oluş olmak üzere bireyin de tarihin de her şeyin yerine geçmektedir (Deleuze ve Guattari, 1988: 162). Deleuze ve Guattari geleneksel felsefe literatürünün insan-biçimsel yönelimini bağımsız olarak bölünmüş olmayan,

güçler ve bireysellikler arasında olagelen bağlantılar ve yakınlıklar ifade edilen köksapı vb. şeyler ortaya koyarak değiştirmeye çalışmaktadır. İnsan olmayana doğru bir oluş, akış ve olasılıklar ile insan olmayan türlerle paralel bir ilişki kurma çabası söz konusudur. Butler, insan olan öznelerin inşa edildiğini iddia etmenin yetersiz kaldığını, bunun, insan olan/olmayan/insan aklıyla düşünen/düşünemeyen gibi sınıflandırmaları üreten farklara da dayalı bir işlem olduğunu, bir içeri/dışarı ayrımının varlığını ortaya koymaktadır (2014: 16).

Bir başka nokta ise bedeni dönüştürme imkânı sağlayan teknolojilerin çeşitlenmesinin, sanal kimliklerin yaygınlaşmasının, bedenin sınırlarını tartışma konusu haline getirmesidir. Slevin, zihin, beden ve teknoloji arasındaki karşılıklı ilişki tartışılırken teknolojinin rolünün insanlık tanımı içinde ontolojik bir konuma yerleştirilmesinin sorgulanabileceğini, yapısökümüne uğratılabileceğini ifade ederken antroposen olgusunu sorgulamak için ayrı bir insanın ortaya çıkışında temelde birbirine dolanmış bir zihin-beden-teknolojinin beraber ele alınabileceğini belirtmektedir (2018: 26-41). Bir tür posthümanist bakış açısına götüren bu söylem, bedeni/zihni tekno-bilimsel aygıt ve ağlarla ilişki halinde olan bedeni/zihni ve yaşam alanı başkalaşım geçirerek yeniden tasarlanmakta olan yeni bir özneye tekabül etmektedir. Hayles, bu durumu, virtüel teknolojiler ve yapay makineler işleviyle insanın değişmez kökenini varlık/yokluk, ilişkisellik/tesadüfîlik kavram kategorileriyle açıklayan kültürel şemaların içeriden dönüşmesi şeklinde ifade etmektedir (1999: 285). Braidotti (2019) ise bu bağlamda doğa/kültür ikiliğinin son bulup yerine sürekliliğin gelmesinin biyolojik ve teknolojik bedenlerin çokluğun içinde birliği ifade eden bir ilişkiselliğe sahip olması, özneliğin insan olmayanlar için de geçerli olması tahayyülü ile gerçekleşeceğini belirtmektedir.

Haraway ise ikili karşıtlıklar (insan/hayvan, canlı/mekanik, fiziksel/fiziksel olmayan) arasındaki çizgiyi sorunsallaştırmak için siborg kavramını kullanmaktadır. Siborg,

farklılıkları ortadan kaldırarak dışlayıcı ortaklık zeminleri kuran genel bir kategori olmaktan çok tekil varoluşların birliğini mümkün kılmakla ilgilidir (Haraway, 2010: 11). Ona göre zihin/beden, hayvan/ insan, organizma/makine, kamusal/özel, doğa/kültür, erkekler/kadınlar, ilkel/uygar arasındaki ikiliklerin hepsi ideolojik anlamda sorun teşkil etmektedir (Haraway, 2006: 33-34). Doğa/kültür, organik/organik olmayan, özne/nesne, insan/hayvan, makine/insan arasındaki sınırlar belirsizleşmiştir, bu anlamda kategorize etme, gruplama yapmanın insan ve diğer türlerin doğasını açıklayamadığı ortaya konulmaktadır. Beden sürekliliği olan bir inşa sürecidir, diğerleri, insan olan/olmayanla ilişkileri vasıtasıyla tekrar kurulmaktadır (Blackman, 2008: 109).

Haraway'e göre insan/insan olmayan bedenler, oluş sürecinde demonte edilip bir araya getirilmektedir (2003: 8). Bedenin alt üst olması ise insan kavramının bağlı olduğunun düşünüldüğü kimlikler ve aidiyetlerin yeni biçimler alması ile mümkün olmaktadır. *Mütevazı Tanık*'ta Haraway'in, ortaya koyduğu tanıklık deneyimi, yaşayan/ölü, nesne/özne, makine/organizma, insan/insan olmayan, kendi/öteki arasındaki ayrımı bulanıklaştırmaya, yapısökümüne uğratmaya, aşıkârlık nosyonunu alaşağı etmeye hizmet etmektedir (1997: 267-269). *Yoldaş Türler Manifestosu*'nda (2003) ortaya koyduğu yoldaş türler ise insan/insan olmayan, organik/teknolojik, karbon/silikon, bağımsız/yapılandırılmış, tarih/mit, zengin/fakir, durum/madde, çeşitlilik/tükenme kavramlarını akla gelmeyen yollarla bir araya getirerek sınırları ve hijyenik mesafeleri sorunsallaştırmaktadır (Haraway, 2003, 2010).

2.2. Sağlıkın Tıbbileşmesi

Tecrübeye dayalı olan geleneksel sağlık bilgisinin modern dönemde bilimsel bilgiden kaynağını alması, onu hem aşılması hem de anlaşılması güç bir duruma taşımıştır. Günümüzde sağlık alanında en önemli otoritenin modern tıp olduğunu söylemek yanlış

olmayacaktır. Tıbbın, etkinliğini devamlı artmakta, yaşamın daha da içine girmekte, yaşamı daha çok denetleyip kontrol altına almaktadır. Modern tıbbın denetim nesnesi konumuna gelen ise insan bedenidir. Bedenin modernleşme sürecinde denetim altına alınıp, disipline edilmesi ve biçimlendirilmesi hastane, okul, fabrika gibi kurumlar vasıtasıyla olmuştur (Turner, 1999: 166). Biyo-politika ilkesinin gelişmesi ise kliniğin doğuşu ve hastanenin tıbbi eğitim süreci veren yer haline gelmesi ile sağlık hizmetinin kurumsallaşması ve denetimi yoluyla devletin hem hayata hem de yeniden üretimine sürekli müdahalelerde bulunması ile gerçekleşmiştir (Turner, 2011: 244). Bedenin kontrol ve denetimin konusunda önemli görüşlerden bazıları bir alt başlıkta inceleyeceğimiz biyopolitika ve biyoiktidar kavramları bağlamında Foucault'ya aittir.

Tıbbileşme ise bedenin kontrol altına alınmasının tıbbi bir bakışla bütünleşmesinden kaynaklanmaktadır. Foucault, tıbbi söylemlerin ve hekimlikle kurulan otoritenin beden üzerinde baskın gelişini vurgulamıştır. Hewitt ise teknolojinin 17. ve 18. yüzyılda gösterdiği gelişme ile birlikte bedenin yaşamını, sağlığını korumak ve düzenlemek için sağlık, cinsellik, eğitim gibi çeşitli kontrol teknolojileri geliştirildiğini belirtmiştir (1999: 232). Bedenin bu süreç içinde, tıp başta olmak üzere birden çok farklı disiplinin denetimi ve gözetimi altına girdiği görülmektedir. Bu çerçevede tıbbileştirme, tıbbi olmayan problemlerin tıbbi problem olarak tanımlanması, patolojik sayılmayan durumların tıbbi sorunlar olarak ele alınması ve bu şekilde davranılması olarak ifade edilmektedir (Conrad, 1992). Tıbbileştirme ayrıca tıp tarafından hayatın denetlenmesine ve hayat üzerinde modern tıbbın etki alanlarının genişlemesine vurguda bulunan bir kavramdır. Tıbbileştirme aracılığıyla daha önceleri doğal kabul edilen örneğin doğum ya da kaygı gibi süreçler hastalık, tıbbi sorun veyahut işlev bozukluğu sınıflandırılmasına sokularak tıbbi tedavi kapsamına dahil edilmektedir (Conrad, 2007: 5; Applbaum, 2011: 101). Başka bir şekilde söylemek gerekirse yaşamın olağan seyri içinde görülen ve bireylerin kendilerinin ya da

sosyal mekanizmalar yardımıyla çözdüğü durumlar, tıbbi söyleme dahil edilip, tıbbileştirilerek hayatın geniş bir alanı tıbbın kontrolü altına alınmaktadır. Turner tıbbileşme pratiğini toplumsal kontrol mekanizması olarak kodlamakta, tıbbın bilimsel gelişiminin de toplumsal açıdan tıbbileşmeden ayrı olarak düşünülmemesi gerektiğini ifade etmektedir.

Söz konusu sürecin farklı bir boyutunu ise tıbbi yetki alanının büyümesiyle profesyonel uygulamanın, profesyonel tahakkümün genişlemesi amacıyla “sağlık ve hastalık üzerinde kurulan kontrol ve gücün” (Gabe, Bury ve Elston, 2004: 61) tıbbileşmeye neden olduğu vurgulamaktadır. Sağlığın tıbbileşmesi çerçevesinde önemli bir nokta da sağlığın bir meta haline getirilmesidir. Yaşamın tıbbileştirilmesi ile sağlık ve bedenle ilgili tüketim artışı söz etmek mümkündür. Sezgin’e göre tıbbileştirme pratiği tıbbi hegemonyanın artmasına neden olmakta, bu da daha kâr marjını artırarak bir sektör olarak görülen sağlık uygulamalarına geri dönmektedir (2011a: 21-58). Sağlığın piyasaya uyarlanarak hizmet olarak kurgulanmasıyla bireyler de bu piyasa içinde tüketim faaliyetinde bulunan tüketiciler olarak tanımlanmaktadır (Çelik ve Erdem, 2016: 61-62; Özdemir ve Özdemir, 2006: 35). Tıbbileştirilme çerçevesinde değer taşıyan bir hizmete dönüşen sağlık, bireylere tekrar arz edilmekte, bireyler de bu konuda harcama yapmaktan kaçınmamaktadır.

Kadınlar ile ilgili durumların yaşamın geniş bir alanına yayılan tıbbileştirmede ön plana çıktığı görülmektedir. Erkek egemen olan tıbbi profesyoneller grubu azımsanmayacak bir biçimde tıbbi terimler kullanarak kadın problemlerini tanımlayıp kadın bedenini de tıbbi müdahalelerin nesnesi haline getirmektedir. Bu çerçevede cinsiyet, tıbbileştirme konusunda önemli bir faktör olarak ele alınmalıdır (Sezgin, 2011b). Tedaviye muhtaç hastalıklar olarak konumlandırılan hamilelik depresyonu, doğum, doğum sonrası sendrom, annelik, menstrüasyon, menstürasyon öncesi sendromu, menopoza, yeme bozuklukları vb. durumlar tıbbileştirilmektedir (Gabe, Bury ve Elston, 2004: 61; Kaya, 2011: 138-139; Savran, 2010: 27; User, 2010: 144-145). Özellikle doğum alanında tıbbileşmenin toplumsal cinsiyet kavramı açısından da önemi büyüktür. Aslında doğal bir süreç olan

doğum bir hastalık olarak kabul edilmemelidir. Doğum özelinde gelişen olayların risk faktörü olarak tanımlanması söz konusudur. Tıbbileşme kadınların doğum sürecinde aktif özneler olmasının önünü kapatmaktadır. Kadınların ve bebeğin sağlığı ile yaşamlarının korunmasında obstetrinin önemi doğumun riskli olduğu durumlarda göz ardı edilmemelidir. Ancak günümüzde doğuma gereksiz müdahaleler o kadar yüksektir ki bu durum sağlık profesyonelleri, sağlıkla ilgili kurum, kuruluş ve kurulların kadın bedenine bir müdahale söz konusu olduğu için feministlerin de dikkatini çekmektedir. Gelişmiş ülkeler nezdinde ciddi şekilde tartışılan konuları, doğumda uzmanların yer alması ve rutin hale gelen tıbbi müdahaleler, kadınların karar alma sürecine yeterince katılamaması oluşturmaktadır. Feminist literatüre baktığımızda doğum öncesi dönemin ve doğum sürecinin tıbbileşmesi biyoiktidar bağlamında hem kadın bedeni hem de üremenin denetim altına alınması olarak okunmaktadır. Bunun sonucunda da doğumun hümanizasyonu ve kadının doğumda bağımsız kararlar verebilme yeteneğine odaklanmaktadır.

Doğumda kadının/ebenin, obstetrisyenlerle yer değiştirmesi ve doğumun tıbbileştirilmesinin tarihi önem arz etmektedir. Bu kapsamda cadı avları göz ardı edilmemesi gereken bir uğrak olarak karşımıza çıkmaktadır. Ehzenreich (1992) hekimliğin uzmanlık olarak ortaya çıkmasını cadı avları ile bağlantılı olarak ele almakta, aslında cadı avlarının tıp başta olmak üzere doğa bilimlerinde otorite sahibi olan kadınların ellerindeki gücün erkeklere devşirilmesiyle ilgili olduğunu belirtmektedir. Cadı avları, sadece kadınların cinsellik ve üreme davranışlarının tahakküm altına alınması sağlamamış diğer yandan erkek üretkenliğini kadın üretkenliğinin üstüne çıkarmak gibi bir etkide de bulunmuştur (Mies, 2008: 144). Modern bilim hem cadılığı dışlamakta hem de kadınların bu çerçevede elde ettiği tüm bilgi birikimin elde edip güçlenerek onu içermektedir. Sorgulamaların özü kadınların o güne kadar elde ettikleri bilgiyi ve tedavi tekniklerini elde etmeye yöneliktir (Federici, 2011: 283-291). Ehzenreich kadınların tıp alanının dışına itilmesiyle bağlantılı olarak kadınların bedenlerini tanımaları ile bedenlerinde meydana gelen doğal süreçler

üzerinde kontrol sahibi olmalarının engellendiğini, kadınlar arasında kuşaktan kuşağa aktarılan bilgilerin kesintiye uğramasıyla beden, cinsellik ve doğurganlık konularında güçsüzleştiklerini belirtmektedir (1992: 20-21). Carolyn Merchant, Kartezyen mekanistik felsefenin, bilimsel devrimin yol açtığı paradigma kaymasının cadı avlarını etkilediğini belirtmektedir (Merchant, 1980: 127'den aktaran: Federici, 2011: 287).

Cadılık bir kadın suçu olarak ortaya çıkmıştır. Cadı avlarının nedeni doğum kontrol uygulamalarının şeytanileştirilmesiyle birlikte cinsel sapıklık ve bebek katlinin merkezi bir rol oynamasıdır. Doğum kontrolü, kürtaj ve cadılık arasındaki bağlantı ilk olarak VIII. Innocent Bildirisi'nde (1484) sunulmuş; bu bildirinin ardından üreme suçları davalarında belirgin şekilde görülmeye başlanmıştır (Federici, 2014: 256-257). Bu dönemde cadı avlarında sadece kırsal kesimde halka hizmet veren şifacı kadınlar değil, erkek hekimler ile birlikte şehirde hizmet veren, eğitim almış şifa dağıtan kadınlar da hedef alınmış; devlet, kilise ve tıp mesleğinin ortak müşterekte buluşması cadı davaları ile zirve noktasına ulaşarak hekimlik yasal bir tıp ehliyeti tekeline kavuşmuştur (Ehzenreich ve English, 1987: 13-34). Hekimlik mesleğinde profesyonelleşme, engizisyonun profesyonel olmayanların uğraşlarını sürdürmelerine izin vermemesi ve halkın yoksul kesimlerine yardım etmelerine sınırlamalar getirmesi ile mümkün olmuştur (Szasz, 2007).

Cadı avlarının, doğum kontrolünü suç haline getirme ve kadının üreme potansiyelini, emek gücü üretimi ile birikimi sürecinin hizmetine sunmayı hedefleyen bir girişim olduğunu düşünmek mantıklıdır (Federici, 2014: 259). Kadın bedeninin üretim kapasitesi bağlamında bu şekilde kullanılması birikim sürecinin işine pozitif anlamda yansımıştır. Cadı avının kadınların yeniden işlevleri üzerindeki egemenliklerini yıkmayı amaçladığı ve daha baskıcı bir patriarkal rejimin önünü açmaya hizmet ettiği genel olarak kabul edilmektedir (Federici, 2014: 26). Orta çağ sonrasında kadınların doğurganlıkları erkeklerin ve devletin tahakkümü altındaki bir kamusal alan haline gelmiş ve üreme eylemi kapitalist birikimin hizmetine girmiştir oysaki kadınlar orta çağda doğum süreci üzerinde kontrol

sahibiydi ve çeşitli doğum kontrol yöntemlerini kullanabilmektedir (Federici, 2014: 132-133).

Ulusların zenginliğinin 16. yüzyıl sonlarına gelindiğinde bir ülkedeki nüfus ile paralel olduğu fikri yaygınlaşmıştır. Tam da bu dönemde Kıta Avrupa'sında nüfus azalmaktadır ve emek gücünün ön plana çıktığı bir ideoloji benimsenmektedir. Buna bağlı olarak da kadınlar üreme suçlarıyla bağlantılı olarak yargılanmakta ve ağır cezalara çarptırılmaktadır. Luther, “ne kadar zayıflıkları olursa olsun, kadınlar bunları telafi eden bir erdeme sahiptir: Kadınlar bir rahme sahiptir ve doğurabilir...” diye düşünerek “insan ırkının çoğalmasını sağlamak için kadınlara ihtiyaç olduğunu” ifade etmiştir (King, 1991: 115'ten aktaran: Federici, 2014: 129). İktidar tarafından cadı avlarıyla amaçlanan ulaşmak istenen nüfus oranını sağlamak kadınların bedenleri ve yeniden üretim üzerindeki kontrollerini ellerinden alınması olmuştur. Tabi kadınların doğum eylemi üzerindeki kontrollerinin ellerinden alınması hatta bu denetimin bir suç olgusu haline getirilmesinin kapitalist örgütlenmeyle ilgisine dikkat etmemize neden olmaktadır. Federici şöyle bir analogi kurar; cadı avı, *Ailenin Özel Mülküyetin Devletin Kökeni*'nde (1884) Engels'in anaerkil sistemin çöküşünün nedeni olarak gösterdiği tarihsel yenilginin eşdeğeri olarak gözükmektedir çünkü kapitalizm öncesi Avrupa'da kadın gücünün temelini oluşturan bütün pratikleri, kolektif ilişkileri, bilgi sistemleri dünyasını ve feodalizme karşı mücadeledeki direnişlerinin koşulunu cadı avı yok etmiştir (Federici, 2014: 151-152).

Mies, kadınlar üzerindeki üreme baskısının en önemli nedeninin işçi ve tüketici nüfus oranının artırılması isteği olduğunu söylerken bu bağlamda da cinsellikleri ve üreme kapasiteleri üzerinde kadınların sahip olduğu otonominin kapitalizmin kurumsallaşmasıyla ortaya çıkan işçi ihtiyacıyla çeliştiğini söylemektedir (2014: 175). Dolayısıyla bu dönem bir biyoiktidar dönemidir çünkü nüfus politikaları kapitalizmin ihtiyaçları çerçevesinde şekillenmekte, pronatalist politikaların ağırlık kazanmakta ve yeni bir cinsel bilim ortaya çıkmaktadır. “Üretken beden” ise ortaya çıkan yeni cinsel bilimin odağında

yer almaktadır. Bu çerçevede biyoiktidar rejimi ile nüfus politikalarının ilk nüvelerini ortaya çıkaracak biçimde emek, servet birikimi ve nüfus arasındaki ilişki politik tartışmalar ve stratejilerde kendini göstermeye başlamıştır. Federici cadı avının nüfus düşüşü üzerine düşünen ulusun zenginliğinin nüfus ile orantılı olduğuna inanan bir siyasi sınıfın teşvik etmiş olduğunu savunmaktadır (2014: 259).

16. yüzyılda üremeye ilişkin bilgileri ve üreme üzerindeki denetimleri nedeniyle cadıların çoğunu ebeler ya da bilge kadınlar oluşturmakta dolayısıyla bu dönemde ebelerin güvenilmez olduğunun düşüldüğü için profesyonel alandan dışlanmaları ve marjinalleştirilmesi söz konusudur (Midelfort, 1972: 172; Federici, 2014: 259-261). Kadınların çocuk doğurtmaları, doğum sürecinde gebenin yanında bulunmaları 16. yüzyılın sonlarına doğru gittikçe azalmış, 17. yüzyıl itibariyle erkek ebeler doğum sürecinde yer almaya başlamışlardır. Doğum sürecinin devletin kontrolü altına girmesi bir yüzyıl içinde gerçekleşmiştir. Ebelerin marjinalleştirildiği bu dönem erkeklerin tıp alanında profesyonelleştiği döneme denk gelmiş, devletin doğurganlığı kontrolü altına almasıyla doğurganlık bağlamında kadınların ellerindeki denetim azalmış, kadınlar sadece çocuk taşımak gibi basit bir işleve indirgenirken hayat veren ise erkek hekimler haline gelmiştir. Kadınların kontrolü altındaki doğum sürecinin tam tersi olan, ceninin hayatını anneninkine tercih eden yeni bir tıbbi uygulama ortaya çıkmış, uygulama sürecinde gebenin yanındaki tüm kadınların doğum odasından çıkarılması ve ebelerin ya da kadınların denetim altında tutulması için doktorların görevlendirilmesi gerekmiştir (Federici, 2014: 132).

Görüldüğü üzere 16. ve 17. yüzyıllarda yaşanan nüfus krizi, üreme ve nüfus artışını devletin kontrol altına almasına neden olmuştur. Cadılar üzerindeki baskının artması, devletin doğurganlığı düzenlemek ve kadınların doğum üzerindeki kontrolünü ortadan kaldırmak için uygulanan yeni disiplin yöntemleri söz konusu kriz ile bağlantılıdır. Aileye merkantilizm doruğa çıkması ile mülkiyet devrimi ve iş gücünün yeniden üretiminin te-

mel kurumu olarak daha da önem verilmiş, nüfus sayımları başlamış, devlet eliyle cinsellik, doğurganlık ve aile hayatına müdahale edilmeye başlanmıştır (Federici, 2014: 128-130). Bu dönemde toplumsal cinsiyet ilişkilerindeki düzenleme, sermayenin somut bir içerikle doldurulması, yeniden sınıflandırma, adlandırma ve düzene sokma yoluyla yapılmaktadır. Özellikle mülkiyetin ve ekonomik ilişkilerin giderek özelleştirilmesiyle burjuva aileyle bağlantılı bir şekilde babalık ve kadının rolüne yönelik yeni bir endişenin ortaya çıktığı bu nedenle de iktidar yapısının kadınların yeniden üretim işlevleri üzerindeki tahakkümünü arttırması söz konusu olmuştur. Üretim sistemi ile birlikte yürüten bu düzenin verili/doğal olmadığını söylemek mümkündür. Scott, *Kadın İşçi* (2005) makalesinde bu dönemde ortaya çıkan ayrımların da iktisadi, kültürel politikalar ve söylemler üzerinden üretildiğini ancak düzenin kendi işlevselliğini arttırmak için ürettiği söylemlerin gerçekliği yansıtmadığını belirtmektedir.

18. yüzyıla gelindiğinde doğum lavtası (bir tür şirurji aletidir ve kadınlara her türlü şirurji eylemi yasaklanmıştır) eğitim görmüş hekimlerin kullandığı bir bilimsel uğraş niteliği kazanmıştır. 19. yüzyılın başlarında pratik hekimlerin geniş ve etkin alanlarının dışında kalmaya uğraşan, akademik eğitim görmüş hekimlerin sayısı hızla çoğalmaya başlamıştır. Daha önce de değindiğimiz gibi aynı yüzyılın sonuna denk gelen nüfusun denetlenmesine dair çalışmalar, erkek olan hekimin üstünlük kurduğu tıp kurumuna dolayısıyla devlete yarar sağlamış ancak tersi şekilde doğum yapan kadın ve ebe güç kaybına uğramıştır (Akşit, 2009). Egemen sınıfın buluşu olan meslek statüsünü kazanmak için diplomalı hekimler bu sınıfın koruyuculuğuna ihtiyaç duymuşlar; elde ettikleri koruma ve yeni sert meslek yasalarıyla, hekimlik tekeli daha da güçlenmiştir (Ehzenreich ve English, 1987: 52-56). Doğum alanında önde gelenlerin tıp eğitimi konusunda kadın öğrencilerin uğradığı ayrımcılık sebebi ile erkek hekimler olması da dikkat çekicidir (Drife, 2002: 312). Bilimsel tıp ve modern hekimlik mesleğinin gelişmesi ile bazı rollerin ayrışması zorunlu hale gelmiş; önceden tedavi bağlamında birlikte alınan tıbbi müdahale, hastaya

refakat, hasta bakımı ayrı ayrı uzmanlıklar olarak ele alınmaya başlanmıştır. Tıp alanındaki hem politik hem ekonomik tekelleşme, kurumsallaşma, teori, pratik, kazanç ve prestijde etkin bir denetim mekanizması kurulması anlamına gelmekle beraber bu alandaki egemenlik, iktidar kudretine sahip olarak kimin yaşayacağı, kimin öleceği, kimin üreyeceği, kimin normal, kimin sapkın sayılacağı belirleyebilir hale gelmiştir (Ehrenreich ve English, 1987: 10). Szasz da sekülerleşmenin bir parçası olan tıbbileştirmede, kilise ile iktidarın iş birliğinin yerini tıp ile iktidarın aldığını ifade ederken tıp ile iktidar arasındaki ilişkinin toplumsal düzenin sağlanmasında bireylerin içeride ve dışarıda olmalarının koşullarını belirlemeye yaradığını aynı zamanda sapma davranışı gösterenler için disipline etme görevi gördüğünü belirtmektedir (2007/2010). Bu bağlamda 18. ve 19. yüzyıllar doğa/bilim düaliziminin toplumsal cinsiyet üzerinden okunduğu doğaya atfedilen dışılın eril olan bilimce gözlenmesi, kontrol edilmesi ve gereken bir patoloji olarak algılanması ile tıbbileşmesini getirmiştir.

Gordon, özellikle 19. yüzyılın ikinci yarısında tıp konusunda ciddi bir statü savaşının başladığını ifade etmektedir (1990: 156-159). Tedavi ediciler bilim sınıfını temsil eden rasyonel ve güçlü erkekler, kadınlar ise toplumsal cinsiyet rollerine uygun olarak gözetim altında ve hastanelerin birincil hizmet alanları olarak kodlanmışlardır. Doğurgan üretkenlik ise pasif, biyolojik, davranışsal ve mekanik terimlerle kavramlaştırılmış, insani özerkliğin bu alanı üzerinde kontrol kazanmak isteyenler için gerekli, ideolojik bir mistifikasyon haline gelmiştir (Ehrenreich ve English, 1987). Bakos'un değindiği gibi ebelerin bilimsel bilgiden çok kadınlarla birlikte düşünülen aklın değil kültürün alanına giren bilgi kümesine yerleştirilmesi onları hastane, üniversite gibi mekanlardan dışlamıştır (1999: 239, 244-245). Bu durum, paternalist yaklaşımın sağlığın tıbbileşmesi bağlamında daha da yerleşmesini sağlamış, doğum özelinde bakıldığında kadınların hekimlere doğuma dair kararlar noktasında tamamen tabi kılmış, kadınların bedenleri hakkında söz sahibi olmasını engellemiştir. Yukarıda da bahsettiğimiz üzere bu konuda tıp eğitiminin

de rolü bulunmaktadır. Cahill tarihi olarak tıp eğitimi ve pratiğinin erkek egemen ve kadınsal tecrübe ile sezgiselliğe üstün olarak kurgulandığını (2000: 340) belirtmektedir. Tıbbileşme ile doğum kadınların egemenliğindeki bir normallikten uzaklaşıp bir risk yönetimi yaklaşımı şeklinde ele alınmakta, uzmanlaşmanın getirdiği hiyerarşinin etkisi ile ebe tarafından gerçekleştirilen doğum eylemi tercih edilemez bir duruma gelmektedir. Shaw doğum alanında tıbbi pratikteki güç asimetrisinin tıbbın diğer alanlarına göre çok daha belirgin olduğunu, bunu ortadan kaldırma için kadınlara sunuluyor gibi yapılan seçeneklerin daha çok önemsiz ayrıntılar olabileceğini belirtmektedir (2013: 528).

2.2.1. Biyopolitika ve Biyoiktidar

Geçtiğimiz yüzyılın başında beden, salt durağan bir biyolojik kategori olmaktan çıkarak tarihi ve toplumsal bir gerçeklik olarak ele alınmaya başlanmıştır. Douglas bedenin toplumsal kategoriler tarafından dönüştürüldüğünü ifade etmektedir (1996: 69). Bedenin toplumsal ve tarihsel süreçlerin etki alanında olduğu ifade edilebilmektedir. Foucault'nun çalışmaları, tarihsel açıdan beden üzerinde etkisi olan ilişkileri anlamlandırması açısından önem taşımaktadır. Foucault modern bedenin tarihselliğini anlamak konusunda bize iki izlek önerir bunlar; biyopolitika ve tıptır. Biyopolitik bir realite olarak ele alınan bedenin yanı sıra tıp, biyopolitik bir strateji olarak görülmektedir. Biyopolitika terimi, Foucault tarafından ilk kez 1974 yılında toplumsal tıbbın doğuşunu tartışırken kullanılmıştır. Biyopolitika modern toplumda nüfus ile ilgili unsurların rasyonalize edilme sürecini de içermektedir. Başka bir ifadeyle biyopolitika, hayatla (bios) uğraşan politika anlamına gelmektedir (Lemke, 2013: 16).

Biyopolitika hem bedeni hem de nüfusu doğrudan ya da dolaylı olarak etkileyen öğeler (sağlık, doğum, doğum oranı, yaşam süresi, ölüm, cinsellik, evlilik, hastalıklar, alışkanlıklar, yaşam tarzları vs.) üzerinde etkide bulunarak biyolojik yaşamı dönüştürmenin kendisini oluşturmaktadır (Foucault, 2008a: 317). Beden bu çerçevede biyopolitik bir

realite olarak görülürken aynı zamanda politik bir kategori olarak sorunsallaştırılmaktadır. Tıbbın önemi ise tıp alanındaki bilgi ve uygulamaların beden inşasında oynadığı stratejik rolden kaynaklanmaktadır. Tıp, eğitim vb. iktidar araçlarıyla bedenin söylemsel olarak inşa edildiğini söyleyen Foucault'un "söylemsel olmak" ile kastettiği şey bedenin iktidar ilişkileri yumağı tarafından sarıldığıdır. Foucault tıbbın, bedenleri, biyolojik süreçleri ele alan düzenleme gücünü de içinde barındıran bir "bilme iktidarı" olduğunu ifade etmektedir. Bu çerçevede tıbbi bilgiye bakış açımız onu iktidar teknikleri etrafında ele almak, beden ve nüfus politikalarını tıbbileştirme tartışması bağlamında kavramak ve bu durumun toplumdaki normları inşa etmek ve normalleştirme işlevi olduğunu göz önünde bulundurmak olmalıdır.

Tıbbi bilginin toplumsallaşarak sorgulamanın dışında bırakılan meşru bir güç haline gelmesi ve dolayısıyla tıbbın otorite olarak kabul edilmesiyle biyolojik olanın tıbbın terimleriyle daha ciddi oranlarda tahlil ve tasvir edilmesine neden olmuştur. Tıbbın ve biyolojik disiplinlerin uygulamalarında ortaya çıkan etik sorunların tartışılmaya başlanması ise ancak görece yakın bir dönemde gündeme gelmiştir. Bahsedilen uygulamalar ise hem biyopolitikanın hem de biyoetiğin konusunu oluşturmaktadır. Biyoetiğin ilgi alanında kalan uygulamalar geniş bir alana yayılmaktadır. Biyoetiğin önemli bileşenlerinden ikisi tıp etiği ve sağlık etiği olmakla birlikte cinsellik, üreme, genetik, nüfusa bağlı etik sorunlar, ayrımcılık, yoksulluk, suç gibi çeşitli sosyo-politik konular da biyoetik kapsamında değerlendirilmektedir. Biyopolitika çerçevesinde yurttaşın bedeni, bireysel beden ve halkın ulusun ortak yurttaşlık bedeni birincil unsur olarak ele alınmıştır. Devlet nüfusun kolektif sağlığını korumak ve yönetmek için çeşitli tedbirler alırken, üremeyi şekillendirir ya da hastalıklarla mücaele ederken bireyler de biyolojik önlemler olarak kendilerinin, soylarının iyiliğini ve ulusun bütünlüğünü sağlamaya çalışmışlardır. Tam da bu-

rada modern tıp bireyi öne çıkaran, birey temelli bir anlayışla işliyor gibi görünse de aslında temeli belli bir toplumsal beden teknolojisi olan bir çeşit toplumsal tıbbi işaret etmektedir.

Foucault biyoiktidar kavramını kullanarak biyopolitikayı açıklamaktadır. Biyoiktidarın, “insana ait temel biyolojik özellikleri, politik stratejinin ve iktidarın genel stratejilerinin nesnesi haline getiren mekanizmalar bütünü” olduğunu belirtmiştir (2009: 16). Biyoiktidar, nüfusu denetleme, yaşama, yaşamı düzene sokup güçlendirme, ölüm hakkını da elinde bulunduran hukuksal öznelere ziyade canlı varlıklarla ilişkide olan yaşam sorumluluğunu yüklenmiş bir iktidardan bahsetmektedir (Foucault, 2010: 102). Foucault aslında devletin yaşam ve ölüm üzerinde doğrudan karar verme yetkisini temsil eden egemen iktidarı, bedeni disipline etme ve nüfusu düzenleme çevresinde örgütlenen biyoiktidara dönmüştür. Diğer bir deyişle biyoiktidar, önceki iktidar biçimlerinin aksine öldürme gücü yerine, bedenlerin yönetimi ile hesapçı bir biçimde yaşamın işletilmesine dayanmaktadır. Biyopolitikanın gösterdiği şey aslında iktidar ilişkileri içindeki devinimdir. Diğer bir deyişle iktidar ilişkileri içinde dönüşüm ve değişim söz konusu olmakta, iktidarın hem yönetim gücünü hem de değiştirme gücünü elinde bulundurmaktadır. Burada iktidar ilişkilerinin çok yönlü yapılanmasını anlamak için iktidar yapılarının içinde barındırdığı ilişkiselliği görmek gerekmektedir çünkü iktidar biyopolitika vasıtasıyla uygulanan bir güçler toplamıdır. Diğer bir deyişle iktidar toplumdaki karmaşık bir stratejik duruma işaret etmekle beraber bireyler arasında süregelmekte ve doğrudan olmayan söylemler aracılığıyla varlığını sürdürmektedir.

Bu anlamda iktidar, siyasi anlamda kurulan bir denetim ile sınırlı olmamakla birlikte hayatın her alanına nüfuz etmektedir. Foucault bazı bireylerin diğerlerinin davranışlarını az çok (ama asla tamamen ya da zorlamayla değil) belirleyebilmesinin iktidarın önemli özelliklerinden biri olduğunu belirtirken zaten iktidar ilişkisinin de her iki tarafın sonuna kadar eylemde bulunabilecek durumda olması ve bu ilişkide bir etki tepki alanının

oluşması ile mümkün olduğunu belirtmektedir (2014: 20-21). Bu da bizi biyopolitika bağlamında yaşamın tıbbileşmesine götürmektedir. Çünkü canlılığın düzenlenmesi ve bedenlenmiş öznenin yeniden tanımlanmasında tıbbi bilgiler ve uygulamalar önemli kaynaklardır.

Tıp, belirli rasyonaliteler, hakikat rejimleri, tarihsel, toplumsal, ekonomik bağlamlarla karşılıklı bir ilişki içinde olan ilişkisel bir alandır. Yani toplumsal örüntüler ve ekonomik koşullar tıbbi bilgi pratiklerini hem etkilemekte hem de onları yeniden kurmaktadır. Özne de tıp, biyoloji, iktisat, psikiyatri, penoloji gibi modern bilimlerin ürettiği bilgiyle kurulmuş, üretilmiş bir kategoridir (Foucault, 1994: 386). İnsanların bilme biçimleri, bedene, yaşama, ölüme ilişkin fikirleriyle yakından ilgili olduğu için tıbbi kararlar etik bağlamla da ilgilidir. Kimliğin veya benliğin inşasında tıbbın önemli bir rol oynamasının nedeni tıbbi bakış açıları ile pratiklerin bireylerin gündelik hayatındaki tıbbi duyarlılıkları, tıbbi öznelere ve hayat tarzlarını üretmesinden kaynaklanmaktadır. Rose tıp, siyaset, toplum ve beden arasındaki ilişkiler çerçevesinde tıp ve tıbbi etkinliklerin toplumsal alanı etkilediği ve belirlediğini ifade etmektedir (1994: 54). Foucault tıbbın tarihi üzerinde siyasal süreçlerin etkileri, tıbbi bilginin toplumsal alanın inşasındaki rolü üzerine düşünürken bir yandan da tıbbi bakış, söylem ve iktidarın eleştirisini de yapmaya çalışmaktadır.

Tıbbi bilgi, beden ve nüfus üzerindeki uygulanan iktidar teknikleri etrafında ele alınırken Turner'ın belirttiği gibi Foucault'nun perspektifinin önemi, bireysel bedenleri ve nüfusu, bilgi ile iktidarın ürünleri olarak tanımlamasından kaynaklanmaktadır (2003: 27). İktidar ve bedenle olan ilişkisinin tarihselliği tıbbileştirme ile ortaya konmuş ve tıbbi bilgideki dönüşüm ile toplumsal bir pratik olarak tıbbın paralel olarak ilerlediği bilgisi karşımıza çıkmıştır. Diğer bir deyişle tıbbileştirme tıbbi bakışın farklılaşması, bedene nüfus edişi ve bu bakışın siyasal-toplumsal pratiklere sızmasından okunabilmektedir.

Söylediklerimizin tümünü değerlendirdiğimizde tıbbın, bireyin gündelik yaşamlarıyla ilgilenirken yararlılık ilkesine dayandığı ortaya çıkmaktadır. Foucault'ya (2006b) göre bu yararlılık ilkesi “tıp mesleği miti”nin ortaya çıkmasında önemli rol oynamıştır. Buna ek olarak klinik hem tıbbi sistemi hem bireyin yaşadığı hayatı tahayyül etme biçimini etkilemiş, ölüm olgusu bilimin gözüyle kavranarak tıp, ölümlülüğünün nedenlerini bilimsel yollarla tartışarak yaşam/ölüm olgularını seküler bir zemine taşınmıştır Foucault, (2006b) ayrıca modern tıbbın doğuşunda, ölüme yönelik bakışın değişiminin önem taşıdığını ifade etmektedir. Ona göre modern tıp, ölümü bilimin ışığı altına alarak karşı doğa fıkından koparmıştır. Bir yandan yararlılık ilkesi diğer yandan bedenin doğum ile ölüm arasında yaşadığı sürecin tıbbi olarak anlamlandırılması ile tıp neredeyse dini aktörlerin ve kurumların eski manevi eğilimine ulaşmaya yaklaşmıştır.

Tıbbileştirme, bedenin anlamını dönüştüren bilginin oluşup bu bilginin kurumlar aracılığıyla yaygınlaştırılması ile eş zamanlı ilerlemektedir. Söz konusu sürecin çerçevesi beden ve bu bağlamda nüfusa yeni bir bakış açısının oluşması, hastanelerin yeniden yapılanması, tıbbi bilginin toplumsallaşması ve kurumsallaşması ile çizilmiştir. İnsan bedeni de sınırları belli mekânsal ve söylemsel bir denetimin/gözetimin nesnesi olmuştur. Bedenler ve nüfus tıbbi alana açıldıkça yaşamı odağına alan iktidar giderek güçlenmiştir. Klinik sınırları belli bir mekânsal uğrak olarak yeni bir tıbbi anlayışın oluşmasını sağlamış, bedenin yaşamsal fonksiyonlarını gözlemeninyolu açılmış, deney ve gözlem önem kazanmış beden ise tıbbi müdahale karşısında sıradan hale gelmiştir. Bir toplam kurum, aklın kurumsallaştığı alan olarak hastane tıbbi bilginin geliştirilmesi için sınıfsal uzlaşının sağlandığı bir mekân durumuna gelmiştir. Bireyi biyolojik ve sosyal bir varlık olarak kendi sosyal ortamında gözetim altında tutulması işlevini de barındıran hastane, birincil olarak bireyin tıbbi bakış tarafından gözetlendiği, denetlendiği veya deneye tabi tutulduğu toplumsal bir uğrak olmuştur. Böylece siyasi ve tıbbi olanın ortak paydası ortaya çıkmış-

tır. “Tıp bilinci, siyasi buyruklar, ekonomik kararlar, kurumsal yönetmelikler, eğitim modelleri ile işlerlik” (Foucault, 2004: 158) kazanmıştır. Nüfusun politik süreçlerin hem öznesi hem nesnesi haline gelmesinde tıbbi bilgi önemli bir araç olmuştur.

Biyoiktidar kavramının siyasal, bilimsel, biyolojik ve iktidar sorunu olarak nüfusla ilgili olduğuna geri dönersek, nüfusun biyolojik olarak sorunsallaştırması ve tıbbileştirilmesiyle, nüfusun tümünü ilgilendiren önlemler üretilebilmekte, toplum belirli sınırlar içerisinde tutulabilmektedir. Başka bir şekilde söylemek gerekirse tıp, biyopolitik bir strateji olarak tanımlanabilmekte, beden ve nüfus politikalarının bir tıbbileştirme tartışması etrafında kavranabileceğinin işaretini bize vermektedir. Foucault’un da bahsettiği üzere tıbbileştirme ve normalleştirme arasında birbiriyle bağlantılı bir ilişki vardır, tıbbi bilgi sürekli “normallik” nosyonlarına ihtiyaç duymaktadır (2006b: 57). Yani tıbbi iktidar hem beden üzerinde uygulanan politikalarda hem de toplumun yeniden inşa edilmesine yarayan normalleştirme politikalarında oldukça etkilidir. Toplumsal beden bu çerçevede Foucault’ya göre bir uzlaşma sonucu değil, bizzat bireylerin bedenleri üzerindeki iktidarın maddiliği ile ortaya çıkmaktadır (2003: 39).

Tıbbi düşünce, norm etrafında örgütlenen şeyleri algılamamanın bir biçimi olarak normal ile anormali ayırarak işler hem siyasal alana hem topluma hem de hukuksal alana nüfuz etmiştir, normalleştirici bir tıbbi iktidar bunun bilgisi sayesinde oluşmuştur (2003: 75, 156). Bu normun iktidarı sayesinde norm ilkesi belli başlı kurumlar içine yerleşmiştir. İkili karşıtlıklar çerçevesinde belirlenen ayırım ve damgalama (deli/akıllı, normal/anormal vb.), baskı altına alıcı ayırma, farklılaştırıcı dağıtım ile bireysel denetim mercileri bireyleri türdeşleştirmeye zorlamaktadır (Foucault, 2006b: 294-295). Bedenin kullanışlı olması hem üretici bir beden hem de tabii kılınmış bir beden olmasına bağlıdır. Modern toplum, bedenin kontrolünü, baskı yolu ile değil daha çok içselleştirilmiş normlar aracılığı ile gerçekleştirmektedir. Foucault, tıbbileştirme ile insan davranışı ve bedeninin, genel bir tıp ağının parçası haline gelmesini; sağlığın ekonomisi ile sağlıktaki gelişmelerin

kapitalist ekonomiyle bütünleşmesi, sağlık hizmetleri ve sağlık harcamalarını ifade etmektedir (Foucault, 2001: 134-135). Sağlığın bir vatandaşlık hakkına dönüşmesi ile nüfusun sağlığı, politik gündeme girmiştir (Porter, 2005: 97). Kısacası bedenin tıp, eğitim gibi iktidar mekanizmaları tarafından söylemsel olarak inşa edildiğini söyleyen Foucault daha önce de vurguladığımız gibi onun tam da iktidar ilişkilerinin içerisinde yer aldığını belirtmektedir.

Toplumsal cinsiyet açısından bakıldığında tam da burada kadın bedeninin özellikle iktidarın denetim mekanizmalarını uyguladığı alanların başında geldiği göze çarpmaktadır. Tıbbi söylem anatomik olarak dişi/erkek beden kategorileştirmesini yaparken bedenin bütünsel olarak algılanmasını bir yana bırakmakta; üreme organlarını temel alarak bedeni bölüp parçalamaktadır. Biyoiktidar, söz konusu kategorileri veriliymişçesine söylemlerinde yeniden üretmektedir. Kadınların beden inşası ve bu konusundaki deneyimlerinin, erkeklerden daha farklı bir biçimde belirlenmesi de söz konusudur. Biyolojik olarak daha kırılgan, daha hassas, korunmaya muhtaç, aslında bir tahakküm nesnesi olarak kodlanmaktadır. Erkek bedeninin sözde denetimli haline karşıt olarak kadın bedeni, denetlenmesi gereken bir olgu kabul edilmektedir (Berktaş, 2008: 59). Doğum sürecine bu çerçeveden bakıldığında daha tıbbileşmiş, profesyonelleşmiş olduğu görülmektedir (Mazower, 2003: 94-101). Kadın bedeninin denetimi bağlamında çalışmanın asıl uğrağı üreme hakkı açısından sezaryen uygulamalarına baktığımızda, kadının üreme kapasitesi üzerindeki kontrolün üreme politikaları ile yürütüldüğü görülmektedir.

Tam da burada biyopolitika bağlamında biyoiktidar kavramının işlerliği ortaya çıkmaktadır. Biyoiktidar kavramıyla nüfusun sağlığı, devamlılığı ve refahı ele alınırken normal, sağlıklı ve üretken bireyler inşa etme çabası söz konusudur. Belirleyici bir nokta olarak kadın bedeninin üreme kapasitesinin, nüfus artışını takip etme, doğum ve ölüm istatistiklerini tutma hususunda önemli olduğu görülmektedir. Diğer bir nokta da iktidar ilişkileri çerçevesinde kadın bedeni yeniden üretim kapasitesi nedeniyle söylemsel olarak

cinsellikle donatılmış, cinselliğin nesnesi haline gelmiş olarak nitelendirilmektedir. Cinsellik Foucault'un vurguladığı üzere bir iktidar tekniği olarak işlemekte nüfusu yönetme ve bedenleri disipline etme yönünde kullanılmaktadır. İşte bu nedenle cinselliğin bir olgu olarak ortaya çıkması biyoiktidarın görünür olması ile eşzamanlı ilerlemektedir.

Tıp biyopolitik bir strateji olarak değerlendirilirken amaçlanan tıbbi bilgi ve pratiklerin siyaset içindeki kritik konumunu ve bedenin inşasındaki stratejik rollerini tartışmaktır. Tam da kuramsal tartışmaların odağında bulunan iktidar söylemlerinin işaret ettiği üreme kapasitesi nedeniyle toplumsal beden olarak nitelendirilen kadın bedeninin iktidar mekanizmalarının denetimine nasıl girdiği tartışılmaktadır. Kadınlar bedensel kapasiteleri dolayısıyla sahip oldukları özellikler nedeniyle (doğum, hamilelik, kürtaj, bakım hizmeti, doğum kontrol yöntemleri vb.) kendi bedenlerini etkileyen konularda çeşitli tartışmaların ortasına çekilmekte, aslında kadınlar da bu bağlamda farklı görüşler ortaya koyabilmektedir. Sawicki, Amerika özelindeki üreme teknolojileri tarihini inceleyerek bu tarihin, kadın bedenini üzerinde tahakküm sağlama ya da üreme gücüne el koyma yönündeki eril arzu ile açıklanamayacağını belirtmektedir (1999: 190-203). Aslında kadınların, doğumun tıbbileşmesi sürecinde pasif mağdurlar olduğunu söylemek de tamamen doğru olmayacaktır; bu süreçte olumlu ya da olumsuz bir role sahiptirler.

Yine feminist olsun ya da anti-feminist olsun, toplumsal güçler farklı varyasyonlara sahip olduğu için söz konusu güçlerin süreç üzerindeki denetimlerinin mutlak, bütünsel ve merkezi olduğunu söylemek güçtür. Bu bağlamda üreme teknolojileri toplumdaki farklı toplumsal özneler arasındaki pratikler, karşı koyuş ve kabullenişlerin birbirine etki etmesinden etkilenmektedir. Her ne kadar üreme teknolojileri bedenler üzerinde tahakkümün bir aracı olarak tanımlarsalar da bedenler üzerindeki, özellikle de kadın bedeni üzerindeki tahakküm ya da denetimin yalnızca şiddet ve zor yoluyla sağlanmadığını, iktidar tarafından belirlenen ihtiyaçlar, arzular ve öznellikler tanımlamak yöntemiyle de gerçekleştiğini akılda bulundurmak gerekmektedir. Tabi kadınlar da bu sürecin dışında

değillerdir. Biyoiktidarı elinde bulunduran devlet, sağlıklı nesiller yetiştirmek, yaşam kalitesini yükseltip, uzatarak bireyden alabileceği en yüksek verimi almayı amaçlamaktadır. Bu bağlamda kadın bedeni üreme kapasite ile ele alınmakta ve sadece üreme yetisine indirgenerek devletin nüfus politikaları doğrultusunda devletin hedeflerine ve ihtiyaçlarına uygun birey sayısına ulaşılması için bir kaynak olarak görülmektedir. Biyoiktidarın hedeflediği iktisadi ve politik hedeflere göre şekillenen nüfus politikalarında bedenin, özellikle de kadın bedeninin üzerinde kontrol mekanizmaları kullanmaktır. Ancak olması gereken yasa koyucular aracılığıyla özellikle kadın bedeni üzerinden yürütülen süreçlerde insan hakları temel alınarak kadının özgür ve özerk kararının dikkate alınmasıdır.

2.2.2. Üreme Sağlığı Hakkı ve Cinsel Sağlık

Değer sahibi varlık olması nedeni ile insanın üremesi, toplum bilimleri tarafından incelenmesi gereken biyoetik ve hukuki bir sorun olarak ele alınmaktadır (Metin, 2010: 9). Üreme sağlığı ise “üreme sisteminin tüm işlevlerine ilişkin bir iyi olma durumu” olarak tanımlanmakta ve “doyurucu ve güvenli bir cinsel yaşam, üreme yetenekleri ve bu yeteneği kullanıp kullanmayacakları ne zaman ve ne sıklıkta kullanacakları konusunda karar verme özgürlüklerini” kapsamaktadır (Arda, 2011: 838). Üreme Hakları ve Cinsel Haklar Bildirgesi’nde (1995) yer aldığı üzere üreme sağlığı haklarını açmak gerekirse:

1. *Yaşama Hakkı: Bütün bireyler yaşam hakkına sahiptir ve gebelik sebebiyle hiçbir kadının yaşamı tehlikeye atılmamalıdır.*
2. *Özgürlük Hakkı: Bütün bireylerin, diğer bireylerin haklarına saygı göstermek koşuluyla cinsellik ve üreme yaşamlarını sürdürme ve kontrol etme hakkı vardır.*
3. *Eşitlik Hakkı: Kadınlar yasa, yönetmelik, gelenek, uygulama, sosyal ve kültürel davranış biçimleri açısından erkeklerle eşit olmalıdır.*
4. *Mahremiyet Hakkı: Cinsel sağlık ve üreme sağlığı hizmetleri bütün bireylere ve çiftlere, özellikle de gençlere, mahremiyet ve gizlilik haklarına sadık kalınarak ulaştırılmalıdır.*
5. *Düşünce Özgürlüğü Hakkı: Bütün bireylerin, cinsel ve üreme yaşamları konusunda düşünce ve konuşma özgürlüğü bulunmaktadır.*
6. *Bilgilenme ve Eğitim Hakkı: Bütün bireyler cinsel ve üreme yaşamlarına ilişkin kararlarını özgür ve bilinçli olarak vermelerini sağlayacak yeterli eğitim ve bilgiyi alma hakkına sahiptir.*

7. *Evlenme ve Aile Kurma Konularında Seçim Yapma Hakkı: Bütün bireylerin, özgür ve bilinçli kararları dışında evlendirilmekten korunma hakkı vardır.*
8. *Çocuk Sahibi Olup Olmamaya Karar Verme Hakkı: Bütün bireylerin çocuk sayısı ve çocukları arasındaki zaman aralıklarını özgürce kararlaştırma ve bunun için gereken bilgi ve eğitim alma, yöntemleri öğrenme hakkı vardır.*
9. *Sağlık Bakımı Alma ve Sağlığın Korunması Hakkı: Bütün bireylerin kapsamlı bir sağlık hizmeti alma hakkı vardır. Bahse konu sağlık hizmeti; gebeliğin güvenli olarak sonlandırılması, doğurganlığı düzenleyen tüm yöntemler, infertilite ile cinsel yolla bulaşan enfeksiyonların tanısı ve tedavisini içermektedir.*
10. *Toplanma Özgürlüğü ve Siyasete Katılma Hakkı: Bütün bireylerin toplanarak; cinsel sağlık, üreme sağlığı ve haklarını savunma hakkı vardır.*
11. *İşkence ve Kötü Muameleden Özgür Olma Hakkı: Bütün çocuklar, başta cinsel sömürü olmak üzere her türlü sömürüden, çocuk fahişeliğinden, her türlü cinsel istismar, taciz ve saldırıdan, pornografik gösteri ya da yayınlar için sömürüden korunma hakkına sahiptir. (Uluslararası Aile Planlaması Federasyonu [IPPF], 1995)*

Üreme özgürlüğü ifadesi kadınların cinsellikleri ve üremeleri üzerinde kendi kontrollerinin olması manasına da gelmektedir. Diğer bir deyişle çocuk sahibi olmayı isteyip/istememe, ne zaman çocuk sahibi olacaklarına kendilerinin karar vermeleri hakkını kapsamaktadır. “Bu haklar kadın ve erkeklerin herhangi bir ayrımcılık, baskı ve şiddet olmadan, en yüksek standartta cinsel sağlık ve üreme sağlığı bilgi ve hizmetlerinden yararlanmasını, üreme sağlıkları ile ilgili kendi kararlarını verebilmesini, kendilerine uygun gebelik önleyici yöntemleri seçebilmelerini, bunları kullanabilmelerini ve bilgi alabilmelerini” (Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Hakları Platformu [CİSÜ], 2021: 109) barındırmaktadır. Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi’nin (AİHS)¹ de içinde bulunduğu uluslararası konferanslar ile anlaşmaların tanıdığı haklarla bağlantıları yoluyla tanınmıştır. Bireylerin baskı, ayrımcılık ve şiddete maruz kalmadan üremeye karar verebilmesi ile ulaşılabilir en yüksek cinsel sağlık standardından yararlanabilmesi üreme hakları kapsamında içermektedir.

¹ AİHS Madde 2 ve 5 yaşama, özgürlük ve güvenlik hakkı; Madde 3 “eşitlik ve cinsel ayrımcılığa maruz kalmama” ile “işkenceye, insanlık dışı ya da aşağılayıcı muameleye maruz kalmama” hakkı; Madde 8 özel hayatın dokunulmazlığı ile ilgilidir.

Üreme, birey için her zaman önemli bir karar ve olay olmasına rağmen devletler, özellikle gelişmekte olan ülkeler, 1960’lardan itibaren nüfus artış hızını azaltmak ve kişi başına düşen gelir miktarını artırmak amacıyla “nüfus ve kalkınma”² konusunu politik bir mesele haline getirmeye başlamıştır (Dedeoğlu, 2009). Bu dönemden sonra üreme kararı, bireysel bir karar olmaktan öte devletin müdahalede bulunabildiği bir alan haline de gelmiştir. Nüfus ile ilgili sorunsalların yanı sıra kadın bedeninin denetimi, toplumsal değer yargıları da üreme konusunun bireysellikten uzaklaşmasına neden olmuştur. Birleşmiş Milletler (BM) Genel Kurulu tarafından 1966 yılında kabul edilen ve 1976 yılında yürürlüğe giren Kişisel ve Siyasal Haklar Uluslararası Sözleşmesi (ICCPR), 3’üncü maddede “Cinsiyet eşitliği” başlığı altında “Sözleşmede yer alan bütün kişisel ve siyasal hakların kullanılmasında eşit haklar sağlamayı taahhüt eder.” (BM, 1976) ibaresi yer almıştır. Yine aynı yıl yürürlüğe giren Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklar Uluslararası Sözleşmesi (ICESR) en yüksek fiziksel ve ruhsal sağlık standardından yararlanma hakkını tanımıştır. İnsan hakları bağlamında üremenin gündeme alınması 1968 yılında Tahran’da BM İnsan Hakları Konferansı’nda gerçekleşmiş, 1969’da yayımlanan BM Toplumsal Gelişme ve Kalkınma Bildirgesi’nde “...nüfus politikaları çerçevesinde...toplumsal sağlık hizmetlerinin kapsamı içinde nüfus alanında programların saptanması ve uygulanması ve ailelerin çocuk sayılarını ve zamanını özgürce...belirleme haklarını kullanabilmeleri için gerekli bilgi ve olanakla donatılması” (BM, 1969) hususlarına vurgu yapılmıştır.

Toplumsal cinsiyet açısından bakıldığında ise kadın ve erkek arasında üreme bağlamındaki sağlık yükünün eşit olmadığından bahsetmek mümkündür çünkü kadınların bedenleri ve üreme kapasiteleri nedeniyle gebelik süreci ve doğuma ilişkin sağlık sorunlarının onlar tarafından yaşanması söz konusu olmaktadır. Bu bağlamda da üreme sağlığı ve haklarının insan hakları ile önemli şekilde bağlantılı olduğu görülmektedir (Bülbül, 2017: 152). 1975 yılında BM tarafın ilk Dünya Kadın Konferansı düzenlenmiş, 1975-

² 1974 Bükreş Konferansı’nda nüfus konusu, nüfus ve kalkınma bağlamında ele alınmıştır.

1985 yılları arası “Kadın On Yılı” olarak kabul edilmiştir. Kadının insan haklarının güvence altına alınması amacıyla Kadınlara Karşı Her Türlü Ayrımcılığın Önlenmesi Sözleşmesi (CEDAW), BM Genel Kurulu tarafından 1979’da kabul edilmiş, 1981’de yürürlüğe girmiştir. CEDAW’ın 12’nci maddesinde “...aile planlaması dahil sağlık bakım hizmetlerinden kadın ve erkeğin eşit olarak yararlanması için, sağlık bakımında kadınlara karşı ayırımı ortadan kaldıran bütün önlemleri alacaklardır.” (BM Genel Kurulu, 1981) ibaresi ile 16’ncı maddenin 1’inci fıkrasının b bendinde “Özgür olarak eş seçme ve serbest ve tam rıza ile evlenme hakkı,” ile aynı fıkranın e bendinde “Çocuk sayısına ve çocukların ne zaman dünyaya geleceklerine serbestçe ve sorumlulukla karar vermede ve bu hakları kullanabilmeleri için bilgi, eğitim ve diğer vasıtalardan yararlanmada eşit haklar,” (BM Genel Kurulu, 1981) ifadelerine yer verilmiştir. Diğer bir deyişle CEDAW ile kadınların sağlık ve aile planlaması, eş seçme ve üreme konusunda özerk irade ile hareket etme ile özerk iradenin kullanımını olumlu yönde etkileyecek enstrümanları kullanabilme hakkının tanındığı, bunun aynı zamanda eşitlik çerçevesine oturtulduğu ortaya çıkmaktadır.

1994 yılında Kahire’de düzenlenen Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı (ICPD) ise “kalkınmanın temeline insanı yerleştiren, bireylerin üreme haklarını ve üreme sağlığını öncelikle ele alan, kadınların güçlendirilmesi ve toplumsal cinsiyet eşitliğinin sağlanmasına özel olarak vurgu yapan bir yaklaşım” (Karaca Bozkurt, 2011: 3) geliştirilmiştir. ICPD’nin ve 1995 yılında gerçekleştirilen Dördüncü Dünya Kadın Konferansı sonunda BM tarafından kabul edilen Pekin Sözleşmesi’nin cinsel haklar ve üreme hakkını uluslararası gündeme sokan önemli kilometre taşları olduğu ifade edilebilmektedir. Özetlemek gerekirse üreme sağlığı bağlamında görünen eşitsizliklere neden olan faktörler, kadının üreme sağlığı yükü, biyolojik ve fizyolojik farklılıklar, ekonomik, sosyo-kültürel faktörler ile sağlık sistemi, sağlık politikaları, sağlık hizmetlerinin kullanım durumudur (Bülbül, 2017: 154-155).

DSÖ cinsel sağılığı, sadece bir hastalık, fonksiyon bozukluğu veya yeti yitiminin olmaması durumu olarak değıil, “cinsellikle ilişkili olarak fiziksel, duygusal, zihinsel ve sosyal yönden iyi olma hali olarak tanımlamıştır.” (DSÖ, 2010) Kadınların cinsel sağılığı birçok faktörden etkilenebilmektedir. Kadınlar açısından cinsel sağılık konusuna baktığımızda, kadının cinsel işlevleri gelişen, değıişen ve döngüsel evreler içeren özelliklere sahip olup cinsel fonksiyonun genetik yatkınlık, biyolojik, bilişsel, duygusal ve sosyal unsurlar tarafından etkilenebildiğı görülmektedir (Brotto vd., 2005; Eshgi vd., 2012; Mete, 2008; Mert ve Erberk Özen, 2011; Demirci, 2012). Bu çerçevede kadınların cinsel işlev bozuklukları, kadınların yaşadığı fizyolojik cinsel döngüsündeki bir evrede sürekli veya yineleyici bir sorunun olması ile tanımlanmaktadır (Hacıoğlu, 2017: 146).

Kadınlarda cinsel sorunların nedenleri olarak: Cinsel eğitim yetersizliğı, yetiştirilme, cinsellik konusunda yanlış bakış açısı, geleneksel kadın rolü, beden algısındaki olumsuzluk, edilgenlik, çekingenlik, ahlaki ve dini inançlar, aile içi problemler, benliğe bağılı problemler, psikiyatrik rahatsızlıklar, yönelim farklılıkları, istismar ve travmalar, cinsellikle ilişkili fobiler, parafililer, cinsel yönden bilgi eksikliğı, gebelik korkusu, bedensel rahatsızlıklar, yaş, ilaç kullanımı, çekicilik ve performans ile ilgili kaygılar, bekarlık, kısıtlı ön sevişme, cinsellik konusunda deneyimsizlik vb. ortaya konulmaktadır. Kadında “azalmış cinsel istek bozuklukları” şemsiyesi altında: “cinsel istek bozuklukları, uyarılma bozuklukları, orgazm bozuklukları, cinsel birleşmede ağrı bozuklukları (disparoni/vajinismus)” (Hacıoğlu, 2017: 147-148) yer almaktadır.

“Cinsel istek bozukluğu...cinsel etkinlikte bulunma isteğinin az olması ya da hiç olmaması” (Hacıoğlu, 2017: 148) olarak ifade edilmektedir. Birçok faktöre bağılı olan sadece tek bir durum bağılı olarak açıklanamayacak olan bu bozukluk, bireyin cinsel ilişkide bulunma ile ilgili isteğinin olmaması veya bu isteğinin azalması ile ilgili olarak görülmektedir. Cinsel uyarılma bozuklukları; cinsel uyarılmanın yeterli derecede sağılanması ya da cinsel etkinlik sonlanana kadar sürdürülememesi olarak tanımlanırken cinsel

eğitim ve deneyimin yetersiz olması, temel cinsel tekniklerin, partneri uyarma yöntemlerinin iyi bilinmemesinden kaynaklandığı ifade edilmektedir (Hacıoğlu, 2017: 149). Orgazm bozuklukları ise cinsel uyarılmadan sonra orgazmın gecikmesi ya da olmaması olarak tanımlanmakta, bu yetinin yaşla arttığı ifade edilerek genç kadınlarda daha yaygın olduğu ancak orgazm bozukluğunun edinilmiş bir bozukluk olmadığı öne sürülmektedir (Hacıoğlu, 2017: 149).

Bazı çalışmalarda, doğum yöntemine bağlı olarak cinselliğin etkilenebildiği, “kloris, vulvave perineyi inerve eden pudental sinirin vajinal doğumda bebeğin başının baskısıyla ve/veya forsepsle” hasara uğrayabildiği; “vajinal prolapsusa bağlı olarak hipotonik olan vajinal kaslar da azalmış orgazm kabiliyetine” neden olabildiği görülmüştür (Safarinejad vd., 2009; Pollack vd., 2004; Güngör vd., 2008). Kadında cinsel ağrı bozuklukları, disparoni ve vajinismus olarak adlandırılmaktadır. Disparöni (ağrılı cinsel ilişki) ise kadınlarda cinsel ilişkiden önce veya ilişki esnasında görülen yineleyici veya sürekli cinsel bölge ağrısı olarak tanımlanmaktadır (Hacıoğlu, 2017: 150). Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı V (DSM) (2013) vajinismusunu, kadınların vajinal yolla cinsel birleşme yaşayamama sorunu olarak ifade edilmektedir. Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği (CETAD) tarafından 2006 yılında gerçekleştirilen “Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Araştırması”nda ağrı yaşadıklarını söyleyen kadınların oranı %5,4, ilk cinsel birleşme sırasında ağrı, korku ve kasılma yaşayan kadınların %17’si zaman zaman benzer sorunu yaşadıklarını ifade etmiş; korku, kasılma, acı hissi ya da kaçınma davranışı gösteren kadınların oranı ise %54,4 olarak ortaya çıkmıştır. Vajinismusun Türkiye’de görülme sıklığı %50; Batı ülkelerinde ise %10 oranındadır (Cinsel Eğitim Tedavi ve Araştırma Derneği [CETAD], 2006: 47). Vajinismusun görülme sıklığının ülkeden ülkeye farklılık göstermesi hastalığın kültürel bir bağlantısı olduğuna dair doneler vermektedir. Aynı araştırmadaki verilere göre cinsel sorunların kaynakları olarak bekar kadınların %75’i,

18-24 yaş grubunun ise %71'inin sorunlarının kaynağını bilgisizlik ve eğitimsizlik olarak gördüğü ortaya çıkmıştır (CETAD, 2006: 77).

Türkiye özelinde vajinismusun beden ve cinsellik algısı, toplumsal cinsiyet, kadınlık, erkeklik, heteroseksüellik, aile ve evlilik kurumu ile ilişkilendirilerek ele alınması yanlış olmayacaktır. Yine gelenek ve görenekler, cinsellik konusundaki ön yargılar, kültürel tabular, toplumun cinselliğe bakış açısı önemlidir. Şen, vajinismusu birleşmenin kadın bedeni üzerinden tıbbileşmesi ve metalaşması ile bağlantılandırmıştır (2021: 45). Estroff (1993) vajinismusun bir hastalık olmaktan çok kimliğin bir parçası haline geldiğini belirtmektedir. Ülkemizde vajinismusun benlik inşası açısından önemli bir alana dönüştüğü göze çarpmaktadır (Şen, 2021: 70-71). Vajinismusu ortaya çıkaran psikolojik faktörler ele alındığında; istismar ve buna bağlı gelişen travma durumu, ruhsal çöküntü durumu, cinsel şiddet, kişinin bedeni üzerinde olumlu bir algıya sahip olmaması, acı çekme korkusu ve olumsuz bilişsel şemaların ortaya çıktığı görülmektedir (Türkoğlu vd., 2019; Watts ve Nettle, 2009; Crowley vd., 2009). Kültürel açıdan bakirelik ve ilk gecenin öneminin yarattığı kaygı ve acı, ağrı ile ilgili edinilen duyumlar bireyde problemlere neden olabilmektedir (Er vd., 2010).

Burada sayılan faktörlerle bağlantılı olarak aile özellikleri, dini tutum, cinselliğe dair tutum ve inançlar, eşlerin tanışma biçimleri, akraba evliliği, eşlerin evliliğe yüklediği anlamlar, cinsellikle ilgili bilgi yetersizliği, toplumsal cinsiyet inşa sürecinde kadın cinselliğinin bastırılması, erkek cinselliğine abartılı nüveler yüklenmesi, gerçekçi olmayan beklenti ve düşünceler, cinsel mitler vajinismusun ortaya çıkmasına neden olabilmektedir (Özdemir, Şahin ve Arıöz Düzgün, 2021; 282). Kadının cinsel sağlığını etkileyen en önemli olaylardan ikisi ise gebelik ve doğumdur. Gebeliğin ve doğumun ortaya çıkardığı biyolojik, psikolojik ve sosyal değişimler cinsel sağlığı etkileyebilmektedir (Gutzeit vd., 2019). Postpartum dönemde yaşanan fiziksel, hormonal, psikolojik ve sosyokültürel değişimler eşlerin cinsel yaşam kalitesini etkilemektedir (Abdool vd., 2009). Doğumun sona

ermesi ile bebek, plasenta ve membranlar doğduktan sonra başlayan süreç postpartum dönem olarak adlandırılmaktadır (Karaçam, 2008; Taşkın, 2014). Khajehei ve arkadaşlarının (2015) yaptığı çalışmada kadınların %81,2'sinin doğumdan sonra cinsel istek sorunları, %53,5'inin orgazm problemleri, %52,3'ünün cinsel uyarılma sorunu yaşadıkları görülmüştür. Akyüz (2009) ise çalışmasında kadınların %91,3'ünün doğumdan sonra cinsel sorun yaşadığını belirtmiş; %24,5'inde cinsel istek azlığı saptamıştır. Topaç ve Bolsoy'a göre postpartumda oluşan "endokrin rekreasyonundaki ve genital organlardaki değişimler, loşial akıntı, perineal travma ve ağrı, pelvik taban bozukluğu, vajinal kayganlıkta azalma, yara iyileşmesine zarar verme ve gebe kalma korkusu, halsizlik ve yorgunluk, yeni doğan bebeğin stres ve baskısı kadının cinsel ilgi ve performansını azaltmaktadır." (2021: 46)

Literatürdeki bazı çalışmalar kadının cinsel işlevinin doğum şekline göre etkilendiğini belirtirken bazıları ise doğum şekli ve cinsel işlev bozuklukları arasında anlamlı bir fark olmadığını belirtmektedir. Doğumdan sonra cinsel aktiviteye dönüş süresinin doğum şekline göre bağımsız olarak altı hafta ile iki yıl arasında değiştiği, epizyotomisi olan kadınların epizyotomisi olmayan kadınlarla karşılaştırıldığında 6. haftada cinsel yaşamına geri döndüğü; analsfinkterinde yırtığı bulunan kadınlarda 6. ayda cinsel yaşamına geri dönme oranının daha düşük olduğu; doğum şeklini kendisi planlayan kadınların, cinsel fonksiyonları karşılaştırıldığında sezaryen ve normal doğum yapanlar arasındaki farkın anlamlı olmadığı belirtilmiştir (Lurie vd., 2013). Bazı çalışmalar, vajinal doğum ile perinede oluşan travmanın kadınları, postpartum dönemde ve sonrasında fiziksel ve psikososyal yönden etkilediği, epizyotomi uygulanan kadınlarda postpartum süreçte üriner, inkontinans, ağrı, yırtık gibi komplikasyonlarla karşılaşabildiği; cinsel yaşamlarının olumsuz etkilendiği, cinsel yaşamda memnuniyetinin azaldığı ve cinsel istek duymama sorunları yaşadıkları belirtilmiştir (Gökyıldız 2004; Albers vd., 2006; Dönmez ve Sevil 2009; Dündar, 2009; Rathfisch vd., 2010; Durmaz ve Buğdaycı, 2013; Kartal vd., 2014; Abalı Çetin,

2016). Bozulmuş cinsel duyular ve doyum ile orgazm olabilme kabiliyetinin perineal travmanın şiddeti, obstetrik enstrüman kullanımı, postpartum dispareni ciddiyetiyle ilişkili olduğu bulunmuştur (Signorello vd., 2001'den aktaran: Kasap vd., 2016: 204). Bazı çalışmalar sonucu ise epizyotominin disparenyaya riskini arttırmadığı; cinsel yaşam kalitesini etkilemediği görülmüştür (Tomasso vd., 2006; Karaçam, 2008). “Sezaryen doğumun pelvik ve perine hasarını önleyeceği, doğum sonrası cinsel işlev bozukluğu oluşumunu engelleyebileceği düşünülmekte ve bu nedenle cinsel fonksiyonlar üzerinde olumsuz bir etkisi olmadığı” (Topaç ve Bolsoy, 2021: 45) ifade edilmektedir.

Ancak sezaryenin postpartum dönemde kadının cinsel işlev bozukluğunu hafifletmedeki etkisini savunan çalışmalar yetersiz olmakla beraber bu görüşü destekleyen yeterli veri bulunmadığı görülmekte; çalışmalarda cinsel işlev ve doğum yöntemi arasındaki ilişkiye dair anlamlı bir fark ortaya çıkmamaktadır (Hicks vd., 2004; Baytur vd., 2005; Dabiri vd., 2014; Abalı Çetin, 2016). “Tüzmen tarafından yapılan çalışmada kadınların postpartum döneme dair Cinsel Yaşam Kalitesi Ölçeği puan ortalamasının vajinal doğum yapan kadınlarda sezaryen doğum yapanlara göre yüksek olduğu ve iki grup arasında anlamlı fark bulunduğu” ortaya çıkmıştır (2019: 21-37). Topaç ve Bolsoy'un yaptığı çalışmada belirttiği üzere postpartum sonrası uzun dönemde kadınlarda az da olsa işlev bozukluğu yaşayan bir grup olmasına rağmen genel olarak cinsel işlev bozukluğu görülmediği; kadının cinsel işlevi ve doğum şekli arasında ilişkinin bulunmadığı; kadınlardan vajinal doğum yapan ve sezaryen olan karşılaştırıldığında, “uyarılma, lubrikasyon, orgazm yönünden anlamlı bir fark” saptanmadığı ortaya çıkmıştır (2021: 49-52).

2.2.2.1. Üreme Konusunda Karar Verme Özerkliği

Özerklik, özgürlüğün temel bileşenlerinden biridir. Bu çerçevede özerklik, bireyin bedeni hakkında aydınlatılmış şekilde karar vermesi, üreme hakkında müspet ya da menfi

karar verebilmesi, baskı, ayrımcılık, şiddet ve işkenceden korunmasını içermektedir. Temel insan haklarından biri olarak her bireyin kendi bedenine ne yapılacağını bilme ve belirleme hakkı vardır ve bu hak ülkelerin yasal düzenlemeleriyle garanti altına alınmıştır. Özerklik ilkesinin sağlanması hususunda, ICPD tarafından ortaya konulduğu üzere cinsellik ve üreme konusunda bireylerin kendi özerkliklerini kullanabilmeleri için sağlanan bilgi, hizmet ve yöntemlere ulaşma imkânına atıfta bulunmaktadır³ (BM, 1994). Özerklik kavramı felsefe içinde etik bağlamında önemli tartışmalarından biri haline gelmiştir. Kant, iradenin dünyada herhangi bir nesne, tutku, arzu ya da eğilim tarafından belirlenmesini öznenin özgür veya özerk olmamasının bir göstergesi olduğunu belirtmiştir. İradenin özerk olma durumunu ise arzulama yetisinin sadece ahlak yasası tarafından belirlenmesine bağlı olarak görmüştür (Kant, 2009).

Kuçuradi'nin belirttiği gibi özgürlük özerkliğin sağlanması için gerekli koşullardan biri olsa da Kant'ın söz ettiği özgürlük eylemlerimizin bir özelliği olarak eylemde bulunurken ahlak yasasına uygun eylemek anlamına gelmektedir. Kuçuradi insanın değerinin, onu diğer canlılar arasındaki özel yerine vurgu yaptığını söylemektedir (2007: 72; 2009: 28; 2010: 38). İnsanın bu değerinin farkındalığına, söz konusu nesnel değerinin öznel karşılığına evrensel bir norm olan insan onuru kavramı tekabül etmektedir ki bu, akıl ve vicdanla donatılmış oldukları için bütün insanların onur ve haklar bakımından eşit oldukları anlamına gelmektedir (2007: 197-198). AİHS başlangıç bölümü ile Avrupa Birliği Temel Haklar Şartı'nın ilk maddesinde insan onurunun ihlal edilemez olduğuna atıfta bulunmaktadır (Gürbüz, 2014: 17-18).

İnsan hakları bağlamında cinsellik ve üreme özelinde değerlendirdiğimizde kadın bedeni, üreme sağlığı ve kadınların insan hakları açısından değer ve değer yargısı kavramlarıyla beraber ele alınmalıdır. Cinsellik ve üreme konusunda devlet eliyle kadın bedenine müdahale edilmesi, kadının konumunu ikincilleştiren toplumsal yapıların yeniden

³ ICPD Eylem Programı, 7.2. paragraftan özetlenmiştir.

üretilmesi ve bu çerçevede gelişen paternalist yaklaşımlar karar verme özerkliği bağlamında değerlendirilmelidir. CEDAW'ın önemi, başlangıç metninde kadına karşı ayrımcılığın insan onuru ile bağdaşmayacağı belirtmesinden kaynaklanmaktadır.

Özerklik ve insan onuru arasındaki ilişki biyoetik sorunlar açısından biyoetiğe ilişkin birçok temel ilkenin ilk kez Dünya Tıp Birliği Helsinki Bildirisi (1964) ile ortaya konulduğu, bu belge temel alınarak hazırlanan metinlerin merkezinde insan onuru, özerklik ve aydınlatılmış onamın yer aldığı görülmektedir. Yine ayrıca Biyoloji ve Tıbbın Uygulanması Bakımından İnsan Haklarının ve İnsan Haysiyetinin Korunması Sözleşmesi İnsan Genomu ve İnsan Hakları Evrensel Bildirisi'nde⁴ (1998) insan onuruna saygı gösterilmesi hususu yer almaktadır. Bu çerçevede özerklik, bireyin bedeni üzerinde yapılacak müdahaleler hususunda söz sahibi olması, bedeninin denetiminin kendi tasarrufunda olması anlamına gelmekte; bireyin sağlıklı karar verebilmesi için de aydınlatılması gerekmektedir. Başka bir deyişle yapılacak tıbbi uygulama hakkındaki gerekli tüm unsurlara dair hastanın aydınlatılmasını ve bu aydınlatılma çerçevesinde hastanın kabulünü içeren bir uygulamadır.

Çalışmamızda ele alacağımız aydınlatılmış onam kavramının önemi tam da burada ortaya çıkmaktadır. Aydınlatılmış onamın önemi hasta-hekim arasındaki güven ilişkisinin, ilişkinin temelini oluşturan dürüstlük ilkesinin, bireyin kendi hakkında karar verme hakkını gözetken özerklik ilkesinin ve bireye saygı ilkesinin korunmasında rol oynamasıdır. Overall'a (1987) göre üreme bağlamında kadına özgü olarak ortaya çıkan biyoetik sorunlar ise kürtaj, kontrol yöntemi araştırmaları, taşıyıcı annelik, fetüsün cinsiyetinin belirlenmesi, kısırlık tedavilerinin gerekliliği, yardımcı üreme teknikleri, doğum öncesi tanı, cinsiyet temelli şiddet uygulamaları şeklinde ifade edilebilmektedir.

⁴Universal Declaration on the Human Genome and Human Rights, UNESCO Genel Konferansı tarafından 11 Kasım 1997 tarihinde ve Birleşmiş Milletler Genel Kurulu tarafından 9 Aralık 1998 tarihinde kabul edilmiştir.

Uluslararası Jinekoloji ve Obstetri Federasyonu'nun (FIGO) ortaya koyduğu üzere geçmişte kadınların sosyal, kültürel ve ekonomik şartlar nedeniyle savunmasız olmaya yatkın olmaları dolayısıyla hekimler ile ilişkilerinde paternalist yaklaşımın önerildiği belirtilmiştir. Diğer yandan hekim-hasta arasındaki bilgi açısından dengesizlik hastaların savunmasızlığını arttırmakta özerk ve bilgiye dayalı karar vermede teşviki gerektirmekte, ilişkilerde sınır ihlali ise güvene kaybına neden olabilmektedir (2011: 11-15). Uygur'a göre insan onuru ile ilgili olarak Biyoetik ve İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi çerçevesinde devletlere pozitif ödev yüklenmektedir çünkü biyoetiği de ilgilendiren kamu sağlığı sadece paternalist bir yaklaşım olarak bir kenara bırakılmamaktadır (2012: 57). Kamu sağlığını da içerecek şekilde biyoetik problemler insan hakları ve insan onuru bağlamında değerlendirilmeli, üreme konusu ile ilgili politika ve programlar insan hakları bilgisi ile üretildiği gibi kanun koyucular da kuralların dayanağı olarak bu bilgiyi kullanmalıdır (Uygur, 2012: 65). Bu açıdan da karar verme özerkliğinin önemi ortaya çıkmaktadır çünkü kadınların sağlık bakımı hakkında karar vermede rol oynaması, hekimlerin de onların tercihlerini araştırarak görüşlerine saygı duymaya gayret göstermesi gerekmektedir. Kadınların riskleri ve yararları içeren uygulanabilir yaklaşım alternatifleri üzerine tam bilgilendirilmeleri sağlanmalıdır. Kadınları bilgilendirmek ve onların düşünceleri, katkıları ve onamı veya karşı görüşleri devam eden bir süreç içermelidir.

Tabi burada hastanın iyilik hali ve psikolojik memnuniyetinin dikkate alınması da gerekmektedir. Hekimin istenen tıbbi hizmeti sunamaması veya razı olmaması durumunda ise uygun yönlendirmeyi yapması gerekmektedir. Burada tanısal değerlendirme, amaç, metod, süreç ve planlanan tedavinin beklenen yarar, daha az geçerli olanlar dâhil tedavinin alternatif çeşitleri ve önerilen tedavinin muhtemel ağrı ve rahatsızlıkları, riskleri ve yan etkilerinin sunumu önem arz etmektedir. Toplumsal bakımdan kadınlar açısından değerlendirildiğinde söz konusu ölçütler açık olsa da onları uygulamak zor ve zaman kaybettirici olabilmektedir. Mesela; kadının özerk karar verme yetisini azaltan eşitsiz güç

ilişkilerinin bulunduğu toplumlarda bu durumunun üzerinde durulması elzemdir. Sadece kadınlar işlemin onlara sağladığı fayda ya da neden olabileceği riske değer olup olmadığına karar verebilme hakkına sahiptir. Yani kadının insanlık hakkı olan özerk karar verebilme durumunun, uygun iletişim yöntemleri ile temin edilmesi, herhangi bir onamdan üstündür, önce gelmelidir ve bu etik zorunluluktur. Özerklik ilkesi yanında sağlık hakkına baktığımızda yaşama hakkının korunması içinde değerlendirilmesi mümkündür. Bunun yalnızca devlete yüklenen bir ödev olmadığı, tek tek bireyler ve kurumların bu hakkın korunmasında sorumluluk sahibi olduğu ortaya konulmalıdır. Çünkü tıbbi müdahalelerin şöyle bir farklılığı vardır; yaşamsal olanakları doğrudan etkilemekte hem kişinin hem de hekimin ortak aldığı kararlar çerçevesinde farklı durumlarla karşılaşılabilir.

Hekimin görevi kişiye zarar verecek bir eylemin gerçekleşmesine engel olmaktır. Diğer yandan hasta merkezli yaklaşımı ele aldığımızda doğru değerlendirmenin imkân dahilinde olmadığı durumlarda aydınlatılmış onam ve özerklik konusunda bazı etik sorunların da yaşandığı göze çarpmaktadır. Hekimin hastaya tedavi için yardımcı olması, kişiye daima devam edecek “iyilik”, “fayda” ya da “mutluluk” sağlamayabilmektedir. Tıbbi açıdan hastanın kararının hastaya zarar vereceğini fark eden bir hekim bu tür durumlarda, hastayı tedavi olması için ikna ya da yakınları yoluyla baskı altına alma şeklindeki davranış biçimini gösterebilmektedir. Bireyin özerk olarak karar vermesinin ihlale uğraması ancak bireyin karar vermesinin mümkün olmadığı veya hayati tehlikesinin olduğu durumlarda etik açıdan haklı bir sebebe bağlı olarak kabul görebilmektedir. Oğuz’un özetlediği gibi “Tıp etiğinin en önemli sorunlarının başında özerklik kavramının tanımlanması, sınırlarının çizilmesi ve bunun sonucunda bireyin tıp etkinliği içindeki rolüne bağlı olarak ortaya çıkan haklarının saptanması gelmektedir.” (1994: 6) Bunlar yurtdışında da belirttiğimiz gibi sağlık hakkı ve yaşam hakkı olarak görünmektedir. Bu çalış-

mada bir yönüyle tıp etiğinin temel ilkeleri içerisinde yer alan özerkliğın ve kişinin özerkliğine saygı amacını güden aydınlatılmış onamın doğru bir değerlendirme ile uygulanıp uygulanmadığı ele alınacaktır.



3.TEMEL KAVRAMLAR VE TARİHSEL GELİŞİM

3.1. Biyoetik

Pieper (1999) etiğin insan eylemlerini konu edindiğini söylemektedir. Etik, insan eylemlerinden kaynaklı değer sorunlarını ele alan kural koyucu, olması gerekeni tanımlayan bir alan olarak karşımıza çıkmaktadır (Arda, vd., 1993: 53). Etik bütün insan eylemlerini konu edinmemektedir; etik açıdan ele alınabilmesi için insan eylemlerinin değer yüklü olması gerekmektedir. Temellendirilmiş sonuçlara ulaşmayı hedefleyen etik, edinilen temellendirmeleri ideolojilere dönüştürmeye çalışmadığı gibi insan eylemlerini de genel ahlâk kurallarına uydurmayı hedef olarak almamaktadır. Etikte bireyin eylemleri, birey/toplum, birey/devlet, devlet/toplum ilişkileri, "iyi" veya "kötü" oldukları düşüncesine göre değerlendirilmeye çalışılmaktadır.

Tıbbi etik hekimin uğraş alanında karşılaştığı değer sorunlarının inceleyen, tartışan ve çözüm önerileri üreten etiğin "farklılaşmış bir uzantısı" olarak ortaya çıkan bir alanı olarak ifade edilmektedir (Arda vd., 1993: 53). Tıp etiği bu çerçevede, tıptaki eylemleri iyi ya da kötü yönden değerlendirmeyi amaç edinmektedir. Tıp etiğinin tartışma konusu, tıp uğraşı sırasında ortaya çıkan değer sorunlarıyken uygulamalı felsefe alanlarından biri olan biyoetik, canlıları ilgilendiren değer sorunlarını tartışmaktadır. Biyoetik biyoloji, tıp, sağlık hizmetleri, genetik alanlarında ortaya çıkan etik sorunların ahlak felsefesinin yöntem ve ilkelerinin uygulanmasıyla araştırılması şeklinde ifade edilmektedir (Harris, 2001: 1-4). Diğer bir deyişle biyoetiğin konusunu sağlık, tıp, genetik, biyoloji, biyoteknolojik ilerlemeler sonucu ortaya çıkan araştırma ve uygulamalarda insanı ilgilendiren değer sorunları oluşturmaktadır. 1960'lı yıllarda biyoetiğin ortaya çıkışı organ nakli, böbrek diyalizi, doğum kontrol hapı, doğum öncesi teşhis, suni solunum aygıtı ve tıbbi kürtaajın ortaya çıkışı gibi teknolojik ilerlemelerin kaydedildiği döneme denk gel-

mektedir (Callahan, 1995: 279). Bir kavram olarak ise ilk kez 1971 yılında Van Rensselaer Potter tarafından *Bioethics: Bridge to the Future* adlı kitabın başlığında kullanılmıştır (Çobanoğlu, 2009: 241). Biyoetik bir alan olarak önceleri insan ömrünün nasıl uzatılabileceği, daha sağlıklı ve uzun bir yaşama nasıl sahip olunabileceği ile ilgilenirken sonraları genişleyen bilimsel anlayışın ve teknolojik ilerlemenin disiplinler arası bir alan olarak hekim-hasta arasında ortaya çıkabilecek değer sorunları ve ahlaki yükümlülüklerden, insan bedeni, doğa, çevre, canlılığın korunması ve gelişmesi, canlının yapısına yapılacak müdahaleler ve sonuçları gibi konuları da kapsamaya başlamıştır. Uygulamalı etiğin alt dalı olan biyoetik, sağlık alanındaki uygulamalar ile insanın insan olmasından kaynaklanan haklarının çatıştığı noktalarda insanın onuru lehine bir çerçeve çizmeye çalışmaktadır. Yani biyoetik, her ne kadar önemli bilimsel ve teknolojik değişikliklerin ortaya çıkardığı yeni bir sahayı etkiliyormuş gibi görünse de hem sosyal bilimleri hem dedoğa bilimlerini içerecek şekilde geniş bir alana yayılmıştır.

Biyoetik araştırmasının sınıflandırıldığı başlıklar alanın teorik temelleriyle ilgilenen teorik biyoetik; önlem alıcı ve düzenleyici biyoetik, tedavi sürecinde verilecek etik kararlarla ilgilenen, bireysel vakalar üzerinden teori ve pratiğin karıştırılması çerçevesinde ortaya çıkan tıbbi ve etik belirsizlikler ile karar verme usulüne dair problemleri ele alan klinik etikdir. Etik konusunda uzmanların, sağlık çalışanlarının ve hastaların tecrübeleri önem taşıdığı için etik alanında eğitilmiş kişilerle çalışmayı gerektirebilmektedir. 1970'lerin başlarında yeni klinik ölümün tanımını uygulama çabası, tıbbi araştırmalarda insanların kullanımına dair yönergelerin geliştirilmesi ve hastane kuralları gibi uygulamalar düzenleyici biyoetiğe örnek teşkil etmektedir. Söz konusu biyoetik çeşidi acil toplumsal problemlere etik açıdan savunulabilir ve klinik açıdan mantıklı ve uygulanabilir hukuki ve önlem alıcı çözümleri araştırmakta, genel uygulama ve çeşitli vakalara göre izlenilecek klinik kural ve metotları uygulamayı amaçlamaktadır (Callahan, 1995: 281).

Beauchamp ve Childress tarafından yayımlanan *Principles of Biomedical Ethics* adlı kitapta biyoetiğin dört temel ilkesi özerkliğe saygı, yararlılık, zarar vermeme ve adalet olarak belirlenmiştir. Özerkliğe saygı ilkesi iki temel koşul ile temellendirilmiştir. Bunlar diğer bireylerin, bireyin özerk eylemlerine saygı göstermesi ve bireyin de bu saygıyı görmeyi bekleme hakkıdır (Beauchamp ve Childress, 1989: 67-80; Faden ve Beauchamp, 1989: 241-262; Silva, 1990: 40-51; Beauchamp, 1991: 160-162, 180-182). Bireye saygı göstermek bütün etik tartışmaların temel taşı olmalıdır, bu çerçevede saygı bir kişi, nesne ve kuralı dikkate alarak onu yok saymama, ona zarar vermeme eylemi olarak tanımlanabilmektedir. Evrensel etik ilkeler olan adalet, aydınlatılmış onam, dürüstlük, hastanın sırrının saklanması gibi de konuya yaklaşımımızı belirlemelidir (Arda, 1992: 45-48). Özerk birey, kendi yeterlilik ve özgür koşulları içinde akılcı, özgür eylem ve seçimde bulunabilen, bu eylem ve seçimlerinde inanç ve hedeflerini koruyabilen, özerk eylemin ne olduğuna dair ayırt etme özelliğine sahip olan bireydir. Özerk bireyin özerk eylemde bulunabilmesi için kendini yönetebilme, eylemde bulunurken bazı ilkeleri göz önünde bulundurabilme, hal ve hareketlerinde kendi özgün düşüncesini ortaya koyabilme yeteneklerine sahip olması gerekmektedir (Beauchamp ve Childress, 1989: 67-80; Silva, 1990: 40-51). Özerk eylem ise özerk bireyin özerk seçimde bulunarak yaptığı eylem olarak tanımlanmaktadır (Ersoy ve Aydın, 1994b: 72). Bir eylemin özerk olması için eylemin, birey tarafından amaca uygun olarak gerçekleştirilmesi, belirlenen amaç doğrultusunda gerçekleştirilecek bu eylemin birey tarafından anlaşılmış ve kavranmış olması, yani bilinçli olarak yapılması, bireyin eylemi baskı altında kalmadan isteyerek gerçekleştirmesi gerekmektedir (Beauchamp ve Childress 1989: 67-80; Silva, 1990: 40-51).

Tıp alanında özerkliğe saygı ilkesi, sağlık çalışanları tarafından hastanın dikkate alınması ve dinlenmesi, hasta tarafından iletilen soruların yanıtlanması, hastalık ve uygulanacak tedavi ile ilgili bilgilerin hastaya aktarılması, hastanın aldığı bu bilgiler dolay-

mında kendi özerk seçim ve eylemine olanak tanınmasın içermektedir. Bunlar sağlık çalışanlarının uyması gereken etik kurallar, bazen de hukuki bağlayıcılığı olan kurallar olarak karşımıza çıkmaktadır. Tıp alanında ortaya çıkan etik sorunların, hasta ve sağlık çalışanları arasındaki değer çatışmalarının temel noktası hastanın özerkliğine saygı gösterilmeyen, hastanın bu özerklik hakkını ortadan kaldıran veya elinden alan durumlar olarak belirlenmiştir (Ersoy ve Aydın: 1994b: 72).

Biyoetiğin bir diğer ilkesi yararlılık ilkesidir. Tıp alanında her şeyden önce hasta için yararlı olmayı içermektedir. Bu ilke ile amaçlanan şey bir eylemin olası olumlu ve olumsuz sonuçlarını belli bir dengede tutabilmektir (Ersoy ve Aydın, 1994c: 57). Hasta haklarındaki hasta lehine olan değişime paralel olarak değişim gösteren bu ilke her koşulda hastanın yararının önceliklendirilmesi yerine bir denge unsurunun gözetilmesini içermeye başlamıştır. Tıp alanında paternalizmin (babacıl tutum) tartışmaya açılmasıyla birlikte sağlık çalışanlarının hastanın yararına gördükleri bir kararın hastanın özerk karar vermesini ya da kendi bedeni üzerindeki tasarrufunu engellemesi olasılığı göz önünde bulundurulmaya başlanmıştır. Yararlılık ilkesinin içerdiği mutlak yararlı olmak, zararın ortadan kaldırılması ile yarar ve zararın dengelenmesi ve iyiliğin artırılması çerçevesinde zarar vermeme ilkesi ise hastanın zarar görmesine yol açacak olay ve durumların ortadan kaldırılması olarak ifade edilmektedir (Ersoy ve Aydın, 1994c: 58). Bu bağlamda, zararın dengelenip iyiliğin arttırılması ile başkalarının iyilik ve esenliğini arttıracak eylemlerin çoğaltılması, amaçlanmış yararlı eylemlerle birlikte, istenmeyen zararlı eylemlerin de göz önünde bulundurulması ortaya çıkmaktadır (Ersoy ve Aydın, 1994c: 59).

Adalet, toplumda yer alan bireylerin elde ettikleri ile sorumlulukları arasında uyumun bulunup bulunmamasına dayanmakla beraber etik açıdan, hak etme ve hak kazanma olgusu hem bireyin kendi özellikleri ile içerisinde bulunduğu konuma hem de diğer bireylerin o bireyin haklarını artırıcı veya azaltıcı tutum ve davranışlarda bulunup bulunmamasına bağlıdır (Beauchamp ve Childress, 1989: 28-32; Beauchamp, 1991: 342-82).

Biyoetik açısından adalet ilkesi ise sağlık alanında kaynak dağılımının gereksinimlere göre eşit ve dürüstçe yapılması anlamına gelmektedir (Ersoy ve Aydın, 1994a: 63).

3.1.2. Feminist Biyoetik

"Feminizm" ve "biyoetik" terimlerinin bir araya getirilmesi ile oluşturulan "feminist biyoetik" tıpta karşılaşılan değer sorunlarına yaklaşımda yeni bir bakış açısı olarak ortaya çıkmıştır (Şahinoğlu, 2019: 153). Feminist biyoetikten bahsetmeden önce feminizm konusunu biraz açmak uygun olacaktır. Feminizm tipik bir 19. yüzyıl olgusudur, moderleşmenin içinden çıkmış aynı zamanda modernleşme eleştirisi olmuştur. Feminizm hooks'a göre "cinsiyetçiliği, cinsiyetçi sömürü ve baskıyı sona erdirmeyi amaçlayan bir harekettir." (2002: 1) Feminizmin tarihini, nereden geldiğini ve nasıl geliştiğini anlamak için bir araç olarak Gardy'nin belirttiği gibi dalga metaforu kullanılmaktadır. Söz konusu dalgalar arasında oldukça güçlü bir süreklilik vardır ve hiçbir dalga bir monolit olmadığından, bir dalgada geçerli olan teoriler genellikle bir önceki veya bir sonraki dalganın hazırlayıcısı veya besleyicisi olmaktadır. Bu tarih kavramsal bir biçimde ele alındığında Kristeva'dan bahsetmek gerekir ki o, bu dönemselliği, üçe bölerek "eşitlik", "farklılık" ve "üçüncü dönem" olarak açıklanmaktadır. Birinci dönem özne "özerk akılcı faillik" ile tanımlanmaya çalışılırken eşitlik ve haklar söylemi kullanılmış, ikinci dönemde kadın ve erkek arasında özsel, indirgenemez hatta ahlaksal farklılık olduğu savunuları benimsenmiş, üçüncü dönemde ise kayıtsızlık maskesi altında cinsiyetin, her tür insan biçimcilikten uzaklaşmakta olduğu belirtilmiştir (Kristeva, 1994: 27-28; Gille, 1998: 106-108).

Feminizmin ilk dalgasında önemli hareketler söz konusu olmuştur: Sanayi devrimi, Fransız İhtilali ile çifte devrim yaşanmış; modern muhalif hareketler, ulus devletlerin şekillenmesi, feodal yapının çözülmesi ile kamusal ve özel alan için keskin bir ayrıma gidilmiştir. Toplumsal sözleşmeler ile hukuk, hak kavrayışının gelişmesi, bireyin kendi

bedeni ve varlıklar üzerinde karar verme hakkına sahip olduğu söz konusu olmuştur. İnsan, tarihte ilk kez içinde bulunduğu toplumsal ilişkilerden, cemaatlerden, kolektif yapıları mümkün kılan tarih ve geleneklerden bağımsızmış gibi ele alınmıştır. Birey soyut ve evrensel bir doğaya sahip bir varlık olarak görülmüştür. İnşa edilen soyut insan aslında somut bir sınıfsal içeriğe sahiptir: mülk sahibi burjuva erkektir. Ayrıca, rasyonel soyut insan fikrinin gelişimi ile modern ataerkilliğin oluşumu arasında da doğrudan bir bağlantı söz konusudur. Eril kavramlar olarak kodlanan akıl, özerklik ve irade söz konusu özelliklerin taşıyıcısı burjuva-erkek bireylerin insan olarak kabul görmesine yol açarken bu özelliklere sahip olmayan kadın, proletarya, çocuklar, deliler, ırksal azınlıklar gibi grupların hem siyasi-sivil yurttaşlık alanından hem de insan olma vasfından dışlanması yoluyla kurulmuştur (Özkazanç, 2018: 560).

Devlet/toplum, siyasi/toplumsal, siyasi/ekonomik, özel/kamusal alan ayrımı modernliğin temel kurucu ayrımları olarak öne çıkmaktadır. Bunlar söylemsel ayrımlardır. İktidar ilişkilerinin belirli bir tarihsel süreç içerisinde evrilmesi bu ayrımların oluşmasına yol açmıştır. Tabi bu dönemde kadınlar tarafından eşitlik ve özgürlüğün kimin için geçerli olduğunu sorgulamaları ortaya çıkmıştır. Siyasal olanı yani kamusal olanı korumak için özel alan doğal tahakküm alanı olarak belirlenmiştir. İlk dalganın sözü genelde erkeklerle eşit temsil edilme, oy hakkı, veraset, boşanma, velayet, eğitim, mesleklere eşit katılım üzerinden gitmektedir. Feminizm ilk ve ikinci dalgası arası yani 1920'lerden 1960'ları sonuna kadar bir mayalanma dönemidir. Hareket geri çekilmiş ancak 1960'ların sonunda güçlü bir şekilde geri dönmüştür. 1960'lı yılların sonu feminizmin tam da söylem değiştirdiği örgütlü modernliğin tam tepe noktasıdır.

Bu dönemde toplum iki dünya savaşından sonra farklı bir şekillenmeye girmiş, ekonomik anlamda iki kutuplu dünya düzeni devam etmiş ancak 1929 ekonomik krizi ile beraber Keynesyen politikaların ve devletin ekonomik alana müdahalesi söz konusu olmuştur. Refah devletinin şekillenmesi, sosyal yardımlar ve bunların kadınlar üzerinden

ilerlemesi, sermaye emek üzerinde bir uzlaşmanın ortaya çıkması, çalışma ve sosyal güvenlik haklarının genişlemesi söz konusu olmuştur. Savaşlar nedeniyle kadınların iş gücüne katılması artmış, New Deal politikasıyla welfare feminizm olarak adlandırılacak bir tür ortaya çıkmıştır. Üretimin ve tüketimin artması ailenin tüketim birimi olarak ortaya çıkması tüketicinin daha çok kadınlara yönelmesi söz konusu olmuştur. Psikanalizin “normal” düzenin devam etmesi için bir araç olarak kullanılması buna ek olarak psikotik ilaç sanayinin gelişmesi görülmektedir. Bu dönemde temel tartışma konularının başında “kadının özgürleşmesi” gelmektedir. Toplumsal değişimler, toplumsal cinsiyetin toplumdaki rollerini sorgulayan büyük bir toplumsal bilinç hareketini zorunlu kılmıştır. Cinsel devrim de kuşkusuz etkili olmuş, cinsel pratikler, kimliklerin, cinsellik algısının dönüşümü siyasi, iktisadi, içtimai koşulların değişiminden etkilenmiştir. Cinsel farklılıklar, iş bölümü ve toplumsal cinsiyet rolleri gibi temalar öne çıkmış, kadınlar ve erkekler arasındaki “farklılık”lara odaklanan bir mücadele sürmüştür. Biyolojik farklılıkların kadın ve erkek arasında temel bir ayrım noktası olamayacağına dair en temel karşı duruş, kadının kendi vücudu hakkında karar verebilmesi bağlamında değerlendirilmesi gereken kürtaj hakkı için verilmiştir (Budgeon, 2011: 250). Sosyal refah devleti hem feminizmi beslemiş hem de feminizm tarafından eleştirilmiştir.

Bu dönemin radikal sesinin, Betty Friedan’ın *Kadınlığın Gizemi* (1983) kitabı ile şekillendiği ifade edilmektedir. Toplumsal normların, kendilerine uygulanan yasakların biyolojik cinsiyetlerinin değil, toplumsal kültürel yapının ürünü olduğunu fark eden kadınlar harekete geçmişler, örgütlenmişlerdir. Kadınların bedeni (üreme, cinsel pratikler, annelik, evlilik, ev işleri, porno, tecavüz vb.) üzerinde sistematik bir egemenlik kurulmuştur. “Kişisel olan politiktir”⁵ çünkü kadının özgürleşme mücadelesi, kadının bedeni

⁵ 1969 yılında radikal feminist yapılanma Kırmızı-Jartiyerler’in yayımladığı Kırmızı-Jartiyerler Manifestosu’nda konuyla ilgili olarak kişisel deneyimler ve bu deneyimlerin hissettirdiği şeylerin önemine vurgu yapılmış, kadınların bir sınıf olarak ezildiği, kadın ve erkek arasındaki problemlerin de politik birer problem olduğu ifade edilmiştir. Slogan

üzerindeki egemenlik biçiminin en yoğun yaşandığı yer özel alan olarak ön plana çıkmaktadır. Bu belirleme ile aile/özel alan/yeniden üretim alanı feminist mücadelenin temel alanına dönüştürülmüştür. Kadınların kamusal alandaki reformist ve biçimsel kazanımları özel alandaki bu egemenliği ortadan kaldırmadığı gibi özel alanı da politikanın dışına itmiştir. Radikal feminizm işte yeniden üretim alanını feminist politikanın temel alanı olarak görmüştür. Kate Millet, erkeklerin kadınları yönetmesini sağlayan cinsel egemenlik dizgesinin varlığını sürdürdüğünü söylemiş, cinsiyetler arasındaki ilişkinin bilinen tüm toplumlarda güce dayandığını ve bu nedenle politik olduğunu belirtmiştir (2000: 25). Shulamith Firestone ise *Cinselliğin Diyalektiği* (1979) adlı eserinde kadınların baskı altına alınmasının nedeninin biyolojik olduğundan bahsetmekte, kadınların yeniden üretici kapasitelerinin erkekler tarafından nasıl tahakküm altına alındığını sorgulamaktadır.

Marksist feministler ise tüm kadınların aynı şekilde ezildiklerine yönelik yapılan açıklamaların sorunlu olduğunu belirtmektedir çünkü kadınlar sınıf, ırk, etnik ve sosyo-ekonomik konumlar temelinde kendi aralarında bölünmüşlerdir. Tüm kadınlar cinsel ve üreme özellikleri açısından cinsel taciz, tecavüz, bedenleri üzerindeki kontrollerinin olmaması gibi baskı çeşitlerini yaşasalar bile belirtilen bölünmelerden dolayı bu baskıları yaşama biçimi ve verecekleri tepkilerin aynı olmayacağını dile getirilmektedir. Juliet Mitchell'in *Kadınlık Durumu* (1973) adlı çalışmasında Marksist teoriye feminizm açısından eleştirel bakması nedeniyle önemli olarak görülmektedir. Mitchell kadınların ezilmesini üretim ilişkilerine dayandıran Marksist teoriyi eleştirir: ideoloji ve bilinen üretim tarzı birbirine bağımlıdır ne biri diğerine indirgenebilmekte ne de birini yönetmek için kullanılan kurallar diğerini yönetmek için kullanılabilir. Kadınları toplumsal ko-

olarak Carol Hanisch tarafından popülerleştirilmiş ve II. Dalga Feminizmin şiarı haline gelmiştir. Bk. Hanisch, C. (2013), *Kişisel Olan Politikdir: Radikal Feminizm Üzerine*, çeviren: A. Nazar Erişkin ve Halil Duranay, Kocaeli: Kültür Neşriyat.

numunu dört farklı yapı içinde incelemektedir: üretim, yeniden üretim, çocukların toplumsallaşması ve cinsellik. Bu yapılar birbiriyle ilişkilidir ve üretimin dışındaki diğer üç yapı kadının konumunun aile içinde analiz edilmesini gerektirmektedir. 1990’lardan günümüze kadar etkisini sürdüren üçüncü dalga ise tüm kadınları kapsama iddiasında olan bütüncül bir kadın kategorisinin varlığını sorunsallaştırmaktadır. Lindemann (2010) üçüncü dalga için feminizmin eşitlik ya da farklılıkla ilgili olmadığını, iktidarla ilgili, iktidar üzerine bir düşünüm, bir dönüştürme çabası olduğunu vurgulamaktadır (Aktaran Direk, 2016: 17). Bu dönemdeki postyapısalcı etki, meta anlatıların feminist teori ile ilişkisini gün yüzüne çıkarmış, bilim, felsefe, demokrasi, vatandaşlık, ikili ayrımlar, özne, iktidar, faillik, tartışmaları gibi feminizm için önem taşıyan belli başlı kavramların yeniden gözden geçirilmesini gerektirmiştir. Braidotti’nin de vurguladığı gibi dalgalar arasında kadınların rolü, yaşam deneyimi ve varoluş durumları ile ilgili çeşitli soru ve çözümler ortaya konulmuş, akılcı öznenin sorgulanması hem geç kapitalizmin sosyo-ekonomik mantığı ile de ilgili olarak hem de klasik aklın ‘krizi’ ve Batılı söylem düzeninin kırılmaya uğraması ile gerçekleşmiştir (1991: 6-7).

Bu sorgulamalar çerçevesinde feminist etik de doğal olarak, geleneksel etikteki kadınlarla ilgili eksikliklerin saptanması ve giderilmesine yönelik çalışmalarla yola çıkmıştır (Şahinoğlu, 2019: 154). Feminist etik anlayışı ahlaki alanda geleneksel etiğin kadınlar yerine erkeği merkeze alan, bazen de kadınları değersizleştiren yönlerini yeniden düzenlenmeye çalışarak farklı bir anlayış ortaya koymaya çalışmıştır. Jaggar’a (1991) göre geleneksel etik feminist yönden; kadınların ve erkeklerin çıkar ve haklarının çelişebileceğini görmezden gelmesi, özel alana ilişkin olarak görülen sorunların dışlanması, kadınların erkekler gibi bir ahlaki gelişime sahip olmaması, eril/dişiil arasında dikotomik ayrıma yer vermesi, eril kuralların evrensel kabul etmesi bağlamında eleştirilmiştir (Aktaran Taylı, 2001: 283-300). Eleştirilen bir diğer konu, geleneksel felsefede yer alan etik

bağlamında ahlaki gelişim süreçlerinin erkek merkezli olarak ele alınması, kadınların deneyimlerinin dikkate alınmaması olmuş, bu konuda farklı bir bakış açısı ortaya konulmaya çalışılmıştır. Simone De Beauvoir ve Luce Irigaray ahlak konusunda kadının yaklaşımını ele aldıkları çalışmaları ile çeşitli belirlemelerde bulunmuşlar ve feminist etik yaklaşımındaki temel tartışmalara ön ayak olmuşlardır (Büken, 2018: 6).

Feminist etik açısından Klein'in izleyicisi Chodorow ile kadınlar için farklı bir etik yaklaşım ortaya koymaya çalışan Kohlberg'in izleyicisi Gilligan ele alınmalıdır. Her iki okul da öznenin kimliğinin yaratıldığı süreçlerle ilgilenmektedir. Toplumsal cinsiyet kimliğinin oluşumuna dair ipucu yakalamak için her ikisi de çocuk gelişiminin erken dönemlerine odaklanmaktadır. Chodorow kadın ve erkeklere dair özelliklerin aile içinde öğrenildiğini ortaya koymaktadır. Hüküm süren Batılı sistemler, erkek ve dişi arasında net bir ayrım yaratmıştır: Temel dişil benlik duygusu dünyayla bağlantılıdır temel eril benlik duygusu ise dünyadan ayırdır. Bu yorum toplumsal cinsiyet kavramını aile ve evle ilgili deneyimlerle sınırlandırmakta ve bireyi ekonomi, siyaset veya iktidarla ilgili diğer toplumsal sistemlerle ilişkilendirme şansı tanımamaktadır. Gilligan ise Kohlberg'i yalnızca erkeklerin gelişimini incelediği, yaklaşımını genelleme yaparak kadınları da kapsar biçimde dile getirdiği için eleştirmektedir (Büken, 2018: 6). Gilligan pratik hayatta kadınlara özgü bir düşünme biçimi, ahlaki karar verme biçimi olduğunu öne sürmüştür. Erkek ve kız çocuklarının takip ettiği ahlaki gelişimin çatallanan yollarını deneyim farklılıkları üzerinden açıklamakta, kadınların deneyimlerinin, kadınları koşullara ve ilişkilere bağlı olarak ahlaki seçimler yapmaya sevk ettiğini belirtmektedir. Bir ihtimam etiği anlayışı ortaya koymaya çalışmaktadır.

Gilligan (2017), kadınların başkalarıyla kurdukları ilişkiler aracılığıyla kendilerini tanımladıkları tespitinde bulunmaktadır. Başkalarının ihtiyaçlarına duyarlı olma ve onlara karşı bakım sorumluluğu, kadınları kendi seslerinden farklı seslere katılmaya ve yaptıkları yargılamalarda başkalarının bakış açlarına yer vermeye sevk etmektedir. Erkeklerde ise

ahlak anlayışı hak ahlakı, eşitlik ilkesine dayandırılmakta ve adalet anlayışının merkezine konmaktadır. Hak etiği eşit derecedeki saygının, başkası ile kendinin talepleri arasındaki dengeyi kurmanın beyanı iken, sorumluluk etiği şefkat ve ihtimama önem veren bir anlayışla ilgili olarak ifade edilmektedir. Yani çocukluk ile yetişkinlik arasında geçen zamanı belirleyen kimlik ve yakınlık kutupları, birbirinin tamamlayıcısı olan iki farklı ahlakla ifade edilmektedir. Dolayısıyla kadınların kimlik kazanımında bağlanma ve ilişkilerin önemini fark ettiren çalışma, erkekler için de ayrışma ve mesafenin rolüne dikkat çekmektedir. Kısaca söylemek gerekirse feminist etik, kadın ve erkeğin psikolojik olarak farklı ahlaksal gelişim süreçleri yaşadıklarını, ahlaki bir sorunu çözümlerken kendi yaşantıları çerçevesinde konuya yaklaştıklarını ortaya koymuştur (Şahinoğlu, 2019: 155). Böylece feminist etik, geleneksel etik içerisine kadın ile ilgili konuları çekerek bu bağlamdaki ön yargıları yıkmaya çalışmış, toplumsal cinsiyet bağımlı değer yargılarını göz önünde bulundurarak erkek egemen ilkeler arasındaki hiyerarşik yapıyı gözler önüne sermeye çalışmaktadır.

Feminist biyoetik ise feminist etiğin, tıp içinde yer alan değer sorunlarının değerlendirilmesinde farklılaşmış bir kolu olarak ifade edilmektedir. Feminist biyoetik tıp alanındaki etik bakış açısını kadın bakış açısı ile zenginleştirmek ve daha bütünsel bir etik bakış açısı yakalamaya çalışmaktır (Büken, 2018: 7). Tıp uygulamalarındaki değer sorunlarının feminist teori ve toplumsal cinsiyet temelli olarak değerlendirilmesini sağlamaya, bunun yanı sıra tıp içerisinde kadınların nasıl ve ne şekilde var olduklarının sorgulanmasına da zemin hazırlamaya çalışmaktadır. Çünkü kadın hekimlerin, kadın olma durumundan kaynaklı, ikincil olarak nitelendiği, belli uzmanlık dallarına girebildiği, cam tavanların kadınlar için hala işlediği görülmektedir (Arda 2015; Büken 2018). Biyoetiğin bir disiplin olarak kabul görmesi feminist biyoetiğin de gündeme gelmesine neden olmuştur. (Jonsen, 1998) Susan M. Wolf'un *Feminizm ve Biyoetik* (1996) kitabı ile Rosemarie Tong'un *Biyoetiğe Feminist Yaklaşım* (1997) kitapları biyoetik ve feminizm arasındaki

ilişkiye değinmektedir. Geleneksel biyoetiğe yapılan temel eleştiri, geleneksel biyoetikte yer alan dört temel ilkenin (yarar sağlamak, zarar vermemek, özerklik ve adalet) etik sorunların çözümünde yetersiz olacağının belirtilmesi, yukarıda da bahsettiğimiz ihtimam kavramının tıp içerisinde önemli bir yere sahip olduğunun ileri sürülmesidir. Bu ilkelerin kadınlar ve erkekler adına taşıdığı değerin farklılaşması söz konusudur. Mackenzie üreme konusunda kadın ve erkeğin üstlenilecek sorumluluğu paylaşma konusundaki kadının aleyhine işleyen dengesizlikten bahsetmektedir. Çocuğun dünyaya getirilmesi ya da getirilmemesinde karar verme zorunluluğu kadına aittir bu eşit olmayan sorumluluk durumu da kadın ve erkeğin özerk olma durumlarına yansımaktadır (Aktaran Boetzkes, 1999: 121-139). Diğer bir deyişle feminist biyoetik eşitlik, hakkaniyet ve özerklik gibi tıbbi etik ilkelerin uygulanmasında eşitsizlik yaratan sorunlara çözüm yollarının bulunması, kadınlara özgü sağlık sorunları ile sağlık politikalarının gözden geçirilmesi üzerine çalışmaktadır (Marway ve Widdows, 2015; Şimşek, 2011). Çünkü kadın sağlığı, kadın vücudunun yapısı, doğurganlık durumu gibi faktörler yanında sosyo-ekonomik faktörler tarafından da etkilenmektedir.

Genel olarak bakıldığında, tıpta kadınların sorun kümesinin merkezinde bulunduğu konuların, kısırlık, kürtaj, cinsiyet tayini, üremeye yardımcı yöntemler, kadına yönelik şiddet, taşıyıcı annelik, anne-fetus ilişkisi kadın denekler, doğum kontrol yöntemleri, kızlık zarı incelemeleri olduğu görülmektedir. Wolf bu sorun kümesinin öznesi kadinken ve bu meseleler ile ilgili etik kurallar belirlenirken, riske atılan beden kadının bedeni olmasına rağmen, kadının haklarının gözetilmediğini belirtmektedir (1996: 3-43). Başka bir şekilde söylemek gerekirse kadınların kendilerine özgü problemleri onların özel durumları hesaba katılarak ele alınmamaktadır. Bu çerçevede feminist biyoetiğin bir başka amacı da kadının özne olarak klinik araştırmaların içine katılmasını sağlamaktır. Sağlık alanından adaletin ve eşitliği sağlanması için kadınların farklı gereksinimlerinin

erkekler ile eşit düzeyde karşılanması, sağlık çalışanları tarafından kadınlar lehine üretilen kavramların bilinmesi, yukarıda bahsi geçen kadınlara özgü sorunlar kapsamında kadınlar lehine önlemlerin alınması feminist biyoetiğin amaçlarındandır. Feminist biyoetik çerçevesinde, paternalist yaklaşım yerine hekim-hasta ilişkisinin, hastaların da kendi sorunlarıyla ilgili algı ve değerlendirmelerinin bulunduğu sosyal yapı ve deneyimler tarafından da şekillenen bir bakış açısının yerleştirilmesi hedeflenmektedir.

3.2. Aydınlatılmış Onam Kavramı

Beauchamp ve Childress'e (1989) göre tıp alanında gerçekleştirilecek herhangi bir tedavi ya da müdahaleden önce hekim tarafından hastadan aydınlatılmış onam alınması bir zorunluluktur. Kavram, "Yapılacak tanı, tedavi, koruyucu işlem veya araştırma koşullarına ilişkin yeterli, geçerli, anlamlı bilgi aktarılmasından sonra bireyin bunları kendi özgür istenciyle gönüllü olarak kabul etmesi." (Hemşirelik Terimleri Sözlüğü, 2015) olarak ifade edilmiştir. İngilizcede "informed consent" (İz vd., 1992), Fransızcada "informe consentement" (Ertürk, 2002) ve Almandada "einverständniserklärung" (Steuerwald, 1998) şeklinde karşılık bulan aydınlatılmış onam kavramı, insanlar üzerinde yapılan araştırmalara yönelik endişelerden kaynaklı olarak ortaya çıkmış, ilk etapta kişinin karşılaşılabileceği potansiyel zararı minimum düzeye indirmeyi amaçlamıştır. Tıp etiği çerçevesinde özerklik, kötü davranmama ve yararlılık ilkeleriyle bağlantılı aydınlatılmış onam, hastanın gerçekleştirilecek müdahale, müdahalenin yarar, zarar, riskleri ile alternatif müdahale yöntemlerinin yarar, zarar ve riskleri konusunda tam ve yeterince bilgilendirilmesinden sonra hastanın tıbbi müdahaleyi özgür iradesiyle gönüllü olarak kabul etmesi şeklinde tanımlanmaktadır (Jonsen vd., 2006). Arda (2004) aydınlatılmış onamda amacın karşıdaki kişiye sadece bilgi vermek değil, bunun istenilen sonuca ulaşması, yani o kişiyi aydınlatması olduğunu belirtmektedir. Ersoy (2003) ise aydınlatılmış onam kav-

ramını, hastanın hastalığının tanısı, tedavisi, tedavinin içerdiği riskler, tedavinin yapılacağı durumda hastalığın gidişatı, tedavi alternatifleri hususunda tıbbi ve teknik terimler kullanılmadan anlaşılır bir dille bilgilendirilmesi, bu aydınlatmaya dayanarak hastanın tedaviyi kabul etmesi ya da etmemesi şeklinde tanımlamıştır. Ayrıca aydınlatılmış onam hastanın, tanısı konulan hastalığın riskleri, uygulanması planlanan tedavi yöntemi ve alternatif tedavi yöntemleri ile uygulanacak yöntemlerin sonuçlarının anlaşılır, uygun ve yeterli düzeyde kendisine aktarıldıktan sonra özgür iradesiyle onayladığı belge anlamında da kullanılmaktadır. Söz konusu belgede uygulanacak tıbbi müdahalenin içeriğinin tüm detaylarıyla yer alması önem taşımaktadır. Çünkü bilginin anlaşılır bir şekilde açıklanması, anlaşılır olması, hastanın karar vermede yeterli düzeyde ve gönüllü olması aydınlatılmış onamın ön koşulu olarak ifade edilmektedir.

Hasta, kişilik hakları ile bağlantılı olarak beden bütünlüğü üzerinde hak sahibidir. Bu çerçevede hasta, kendisine konulan tanı, sağlık durumu, hastalığın seyri, uygulanacak tıbbi müdahale, söz konusu müdahalenin faydaları, zararları ve sonuçları, alternatif tıbbi müdahale yöntemleri, tedavinin kabul edilmemesi halinde ortaya çıkabilecek olası sonuçlar hususunda sözlü veya yazılı olarak bilgi istemek hakkına sahiptir. Hastanın müdahaleye rıza göstermesinin koşulu aynı zamanda bilgilendirilmesi ve bilgilendirildiği konuları kavrayabilmesidir. Bu nedenle de aydınlatılmış onam hakkını haklı çıkarmada ortaya konan yaklaşımların dayanağı, bireyin özerk iradesinin dokunulmazlığı ile bireyin haklarına saygı olarak gösterilmekte, bu çerçevede aydınlatılmış onam özerkliğe saygı ilkesine dayandırılmaktadır (Beauchamp and Childress, 1989). Kişilik haklarının korunmasında aydınlatılmış onamın temel bir unsur olduğu ifade edilmektedir (Kitamura vd., 1998; Marson vd., 2001). Hekimlik uygulamalarında paternalist yaklaşımların terk edilmesine paralel olarak aydınlatılmış onam ile birlikte tıbbi kararlar sadece hekim değerlendirmesine göre değil, hastanın kendi değerlendirmesine göre de verilmektedir.

Aydınlatılmış onamın geçerliliği yalnızca sağlık hizmeti verenlerin hastayı bilgilendirmesi ile ilgili değil, belirli standartların da karşılanmış olmasına bağlıdır. Beauchamp ve Childress (1989) aydınlatılmış onamın ön koşulu olan öğeleri ortaya koymuş, bu öğelerin onam öncesinde var olması gereken veya olduğu kabul edilen öğeler olduğunu belirtmiştir. Aydınlatılmış onamın geçerli olmasının şartları, kişinin eylemde bulunma konusunda kısıtlı olmaması, müdahale ve tedavi konusunda aydınlatıldığında kendisine verilen bilgileri anlaması, özerk ve gönüllülük esasına dayanarak eylemde bulunmasıdır. Bu çerçevede aydınlatılmış onamın öğeleri şu şekilde ortaya konulmaktadır:

Yeterlik: Burada bahsedilen yeterlik, hastanın karar verme yeterliğidir. Lynn (1983) bu yeterliği, “hastanın amaçları, ilgileri ve değerleri doğrultusunda karar verme kapasitesi” şeklinde tanımlamaktadır. Hasta yeterliyse göreceği tıbbi müdahale ya da tedaviye karar verme yetkisi hekime değil, hastanın kendisine aittir. Hastanın sağlığıyla ilgili konularda kendi değerleri içerisinde kendisinin karar verebileceği, bu bağlamda herkesin sorumluluk taşıdığı belirtilmektedir (Kitamura vd., 1998; Grisso ve Appelbaum, 1998). Yeterlik, hastanın verdiği onamın geçerli olup olmadığını belirlemektedir. Onam, hasta yeterliyse geçerlilik kazanmaktadır Yeterlik çerçevesinde etik yaklaşım için hastanın tıbbi durumu ve uygulanacak tedaviyi anlaması önem taşımakta, tedaviyi reddetmesi veya kabul etmesini yararlar ve riskler ışığında değerlendirmektedir.

Hastanın, tıbbi durumu, önerilen müdahalenin riskleri ile yararları, müdahaleyi reddetmesinin sonuçlarını, yaşam kurtarıcı müdahale kavramını anlayıp anlamadığı; kendisine uygulanacak müdahalenin yararlarını ve risklerini değerlendirip değerlendiremediği; sağlığıyla ilgili değerlerini yansıtan seçimlerini ifade edip edememesine dikkat edilmektedir. Berghmans (2001) aydınlatılmış onamın ahlaksal ve hukuki geçerliğinin yeterlik ile yakından ilişkili olduğunu belirtmektedir. Hastanın yeterli olması durumunda hastanın kendi hakkında almış olduğu karara saygı duyulması etik ve hukuki bir zorunluluk olarak karşımıza çıkmaktadır. Hastanın karar verme yeterliğine sahip olması hastanın

kendi yaşamıyla ilgili kararları verme hakkının korunmasına, özerkliğine saygı duyulmasına ve hastaya yarar sağlamaya hizmet etmektedir (Kitamura vd., 1998; Berghmans, 2001). Hastanın yetersiz olması durumunda ise farklı mekanizmaların aranması gerekmekte, hastanın onaylamadığı ancak gereksinim duyduğu müdahalenin ya da tedavinin yapılması, rızası dışında hastaneye yatırılması haklı olarak nitelendirilebilmektedir (Grisso ve Appelbaum, 1998; Berghmans, 2001).

Gönüllük: Hastanın zorlama olmaksızın, baskı ve başkalarının etkisi altında kalmadan özgür iradesiyle karar vermesini ifade etmektedir (Marson vd., 2001; Beauchamp ve Childress, 1989). Burada önemli olan husus, hastanın önerilen tedavi ya da müdahaleyi kabul veya reddetme kararını özgür olarak vermesidir. Hastanın kararına dolaylı veya gizli şekilde etki eden faktörleri minimum düzeye indirmek hekimin etik sorumluluğudur (Ersoy, 2003). Onamın hem etik hem hukuki açıdan geçersiz olması, zor kullanılarak veya hastaya baskı yapılarak alınmasından kaynaklanmaktadır (Marson vd., 2001).

Bilginin açıklanması: Hukuki açıdan aydınlatılmış onamın geçerliliği, hekimin gerekli bilgileri hastasına açıklamasına bağlıdır. Gerekli bilgilerin hastaya açıklanması ve hastanın bu bilgileri anlaması hastanın bilerek onam vermesini veya reddetmesini sağlayacaktır (Marson vd., 2001). Hastanın hekim tarafından yeterince bilgilendirilmediği durumlarda hasta karar vermede yetersiz olacaktır. Beauchamp ve Childress'e (1989) göre aydınlatılmış onam verebilmesi için hekim tarafından hastaya, önerilen tedavi, müdahalenin yararları, yan etki ve risk sıkıntıları, alternatif tedaviler yöntemleri ve bunların yan etki, risk ve sıkıntıları, tedaviyi reddetmenin muhtemel sonuçları konusunda bilgi verilmesi gerekmektedir. Etik açıdan aydınlatılmış onam alınırken hastaya ne kadar bilginin açıklanabileceğini belirleyen bazı standartlar söz konusudur. Bunlar, profesyonel uygulama standardı, makul kişi standardı ve subjektif standart olarak üçe ayrılmaktadır. Profesyonel uygulama standardında hekim, konuda uzman ve hastanın esenliğinden sorumlu

olduğu için hastaya hangi bilgilerin ne ölçüde açıklanacağını belirlemek, hastaya söz konusu bilgiyi açıklamak ile yükümlüdür.

Beauchamp ve Childress'e (1989) göre tıp alanında genellikle açıklanması gereken bilginin ne olduğu konusunda bir belirsizliğin söz konusu olması, bilginin kapsamının belirlenmesinde zorluk yaşaması, bütün hekimlerin hangi bilgilerin hastaların yararına olacağını saptamaya yönelik becerilere sahip olup olmadıkları hususunda şüphelerin bulunması söz konusu standardın uygulanmasını etkileyen zorluklardır. Makul kişi standardı, hastaya verilecek bilginin makul bir kişiye başvurularak belirlenmiş olması gerektiğini ortaya koymaktadır (Ersoy, 2003; Beauchamp ve Childress, 1989). Söz konusu standart, hastanın önemli bilgi ve aydınlatılmış onama katılımı için işlemler, riskler, seçenekler ve sonuçlar hakkında neyi bilmeye ihtiyacı olabileceği düşüncesine odaklanmaktadır. 'Makul kişi' ve 'önemli bilgi' kavramlarına dair ayrıntılı bir tanımın bulunması ile hekimlerin konu hakkında yeterli bilgi sahibi olmamaları bu standardın uygulanmasına yönelik zorluklar olarak ifade edilmektedir (Beauchamp ve Childress, 1989).

Subjektif standart ise hastaya verilecek bilginin hekim tarafından hastanın belirli bir durumdaki gereksinimleri doğrultusunda belirlemesi ve hastaya açıklanması ile ilgilidir. Bu standarda göre kişisel gereksinimler inanç, yaşanan sağlık sorunu ve geçmiş deneyimler nedeniyle kişiye özel olduğu için hastaya açıklanacak olan bilgi, varsayıma değil kişinin gereksinim duyduğu bilgilere dayanarak açıklanmalıdır. Beauchamp ve Childress'e (1989) göre hekim tarafından her bir hastanın ihtiyaç duyduğu bilginin saptanması konusunda ayrıntılı bir değerlendirme yapması zor olduğu için standardın yeterli derecede uygulanamamaktadır.

Anlama: Aydınlatılmış onamın geçerliliği, hastaya aktarılan bilginin hasta tarafından anlaşılması ve kavranmasına bağlıdır. Hastanın bilgiyi yeterli derecede anlayamamasını etkileyen belirli faktörler bulunmaktadır. Bu faktörler, hastanın içinde bulunduğu olumsuz psikolojik durum ile hekim ya da hasta iletişim becerilerinin yeterli olmaması

şeklinde ifade edilmektedir (Ersoy, 2003; Beauchamp ve Childress, 1989). Ersoy'a (2003) göre hastanın verilen bilgileri anlaması ve kavraması için hekim tarafından hastanın anlama kapasitesine bağlı olarak bilgilerin sadeleştirilmesi, basit terimler kullanılması, bilgilerin anlaşılır şekilde gerekirse tekrar edilerek hastanın anlayıp anlamadığı değerlendirilerek verilmesi önerilmektedir.

Karar: Aydınlatılmış onamın geçerliliği, gerekli bilginin hastaya verilmesi, karar aşamasında herhangi bir baskı ile karşılaşmaması ve tedavi ya da müdahale yöntemi hakkında alınan kararın makul olmasına bağlıdır (Grisso ve Appelbaum, 1998).

Yetkilendirme: Tıbbi bir müdahale veya araştırmaya bireyin özerk olarak yetki vermesi aydınlatılmış onam olarak ifade edilmektedir. Bu durumda söz konusu olan, hastanın aydınlatılmış olarak gönüllü eylem aracılığıyla hekimi yetkilendirmesidir (Beauchamp ve Childress, 1989).

3.2.1. Aydınlatılmış Onamın Tarihsel Gelişimi ve Hukuki Arka Planı

Tıp etiğinin temel ilkelerinden özerklik ilkesine dayanan aydınlatılmış onam, iyi hekimlik uygulaması ön koşullarından biridir (Türkiye Biyoetik Derneği [TBD], 2007: 2; Türk Tabipler Birliği [TTB], 2013: 1). Hekim için aydınlatma ve rıza alma, tedavi sözleşmesinden doğan bir borç olarak ifade edilmektedir. Hekimin hastayı aydınlatma görevi, hastanın rızasının koşulu olarak ifade edilebilmektedir. Kişinin kendi vücuduna dokunulmazlık hakkı olması, tıbbi müdahalelerde hastanın aydınlatılmış onamının alınması hukuka uygunluk nedeni olarak karşımıza çıkmaktadır. Hastaya müdahalede bulunulmasının hukuka aykırılığını bertaraf eden “hastanın müdahaleye rızasının bir koşulu” niteliğinde olan aydınlatma yükümlülüğü, hastanın tam olarak aydınlatılmasını, tıbbi tedavinin planlanması ve uygulanması bakımından özerk olarak karar verebilmesine imkân sağlamalıdır (Ozanoğlu, 2003: 60).

İnsanlık tarihi kadar eski olan hekimlik uygulamalarının tarihi süreç içinde gelişme ve uygarlık seviyelerine göre değişim göstermekte olduğu ve hekim sorumluluklarının belirlendiği belgelere rastlanıldığı bilinmektedir (Özcan, 2008: 40). Hekim sorumluluğundan bahseden belgeler oldukça eski dönemlere dayanmaktadır. XII Levha Kanunları'ndan itibaren hekimlikle ilgili kurallara rastlanılmaktadır. (Özcan, 2008: 43) M.Ö. 1790-1800 gibi oldukça erken bir dönemde hekim sorumluluğunun ortaya çıkan sonuca göre belirlendiği görülmektedir. Hekim bilgisizliği ve ihmalinin, ağır kusur olarak kabul edilmeye başlanması ise Roma Hukuku'nda ortaya çıkmaktadır. “Volenti non fit inuria” “rıza gösterene yapılan fiil haksızlık oluşturmaz” kuralı Roma hukuku ile birlikte Cermen Hukuku'nda da yer almaktadır (Özcan, 2008: 43). Kilise Hukuku'nda hekimlerin bilgisizlik ve ihmallerinden sorumlu olduğu ancak Katolik Kilisesi Hukuku'nda kişinin onamıyla öldürme ya da yaralama hali, kastrasyon ve kısırlaştırma istisnasız yasaklanmış ve akli sağlığı yerinde olan bir kişinin intihar girişiminde bulunması halinde intihar suçundan kendisinin sorumlu olduğu belirtilmiştir (Özcan, 2008: 44). İslam Hukuku'nda hekimlerin faaliyetlerini yerine getirebilmeleri ve tıp biliminin gelişiminin önünün açılması için herkesin eyleminin sonucundan sorumlu olacağı genel kuralından uzaklaşıldığı ve hekim sorumsuzluğu için hastanın onamı ve hekimin kusursuzluğu şartları öngörülmüştür (Özcan, 2008: 45). Aydınlatma hususunda ise hasta verilecek bilgileri idrak edecek durumda değilse akrabalarına bilgi verilmesi önerilmiştir.

Amerika Birleşik Devletleri'nde 20. yüzyılın başlarında görülen belirli davalar aydınlatılmış onamın bugün anladığımız şeklini almasında etkili olmuştur. Genel anlamda bu davalarda dikkat çeken nokta, cerrahların gerçekleştirecekleri müdahaleler öncesinde hastanın onamını alma ödevlerinin olup olmadığı ile ilgili olmalarıdır (Grundner, 1980; Mazur, 1986'dan aktaran: Ersoy, 1995: 2). 1905 yılında görülen Mohr-Williams davasında aydınlatılmış onam için çok önemli bir öge olan "yeterlilik" ögesinin belirlenmesine katkı sağlamış; 1914 yılında hasta Schloendorff'un New York Hastanesine karşı

açtığı dava ile 1918 yılında Hunter-Burroughs davasında mahkemenin verdiği karar, hastanın vücuduna yapılacaklar hakkında alınacak kararlara katılabilmesi için aydınlatılması gerektiği olmuştur. Kararda önemli olan nokta, aydınlatılmış onam açısından hastanın bilgilendirilmesi ile aldığı kararın gönüllülük esasına dayanmasının önemini ortaya çıkarmış olmasıdır (Purtilo, 1984; Lidz ve Appelbaum, 1988; Beauchamp ve Childress, 1989). 1950'li yıllara gelindiğinde ise McCoid farklı bir bakış açısı ortaya koyarak yetkilendirilmiş dokunma ya da kötü davranışın aydınlatılmış onamı elde etmedeki problemin kaynağı olmadığını, problemin kaynağının hastanın aydınlatılmasında gösterilen "ihmal" olduğunu ifade etmiştir (Mazur, 1986). 1957 yılında ABD'de görülen başka bir davada, mahkeme Hunter-Burroughs davası kararlarına dayanarak hastanın kendi tedavisi ile ilgili bir karar alabilmesi için gerekli olan bilgilere sahip olması gerektiğini açıklamış, bilginin ne kadarının açıklanması gerektiği sorusuna da yanıt verilmiştir. Söz konusu dava sonucunda mahkeme, aydınlatılmış onam kavramını Amerikan Cerrahlar Birliği'nin, "hastanın karar vermesini etkileyecek bir gerçek, hastadan gizlenemez" biçimindeki tespitine dayanarak ortaya koymuş; hastanın yapılacak tüm müdahalelerde, müdahalenin yarar, zarar ve varsa tehlikeleri konusunda bilgilendirilmesinin bir ödev olduğu ele alınmıştır (Beauchamp ve Childress, 1989; Purtilo, 1984). 1960 yılında görülen Nathanson-Kline davası da Lidz'e göre aydınlatılmış onama çağdaş yaklaşımın gelişimi için önemli olduğunu belirtmektedir. Aydınlatılmış onam ile ilgili belirli kararların alındığı diğer davalar ise Cobbs-Grant ile Canterbury-Spence davaları olarak bilinmektedir (Beauchamp ve Childress, 1989).

Aydınlatılmış onamın gelişiminin hasta haklarının gelişimi ile paralel gittiği görülmektedir. Aydınlatılmış onamın gelişimde uluslararası standartların belirlenmesi ise II. Dünya Savaşı sonrasına tekabül etmektedir. Birleşmiş Milletler tarafından 1948'de yayımlanan İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi'nde insanın, "insan olarak doğmaktan gelen, vazgeçilemez ve devredilemez" olarak nitelenen hakları olduğu belirtilmiştir (BM,

1948). II. Dünya Savaşı sonrası gerçekleştirilen Nuremberg Duruşmaları'nda 1949 yılında belirlenen Nuremberg Kodu özellikle insanlı deneylerde deneklerin onamı alınmasıyla yapılan deneylerin sonuçlarına dayanılarak aydınlatılmış onamın kurallarını, ilkelere nin ortaya konulmasının bir zorunluluk olduğunu ortaya çıkarmıştır. Nuremberg Kodu'nun ilk maddesi biyoetiğin konularından biri olan aydınlatılmış onam kavramını tanımlanmış; insanlı deneylerde deneğin aydınlatılmış onamının elde edilmesi bir kurala bağlanmıştır. Nuremberg Kodu'nda yer alan ilkeler şu şekildedir: "Hekim aydınlatma ödevine sahiptir, aydınlatma ödevinin kapsamı, müdahalenin tipik tehlikelerini açıklamayı içerir", "aydınlatma ödevinin kapsamı bir hukuk sorunudur ve bunu belirleme yetkisi hekime" verilmemelidir, "aydınlatmadan dolayı hastanın zarar göreceği görüşü sadece bazı durumlar için geçerli sayılabilecektir." (Özsunay, 1983; 31-59) Ekmekçi'nin belirttiği üzere Walter Reed'in sarı humma hastalığının bulaş yolları ile ilgili yaptığı araştırma ilk kez "aydınlatılmış onam anlaşmasının" kullanılmış olması açısından genel anlamda tıp etiği; araştırmanın olası risk ve kazanımlarını barındırması, katılımcıların anlayabileceği dilde yazılması, araştırmaya katılımda gönüllüğün esas olması bağlamında araştırma etiği açısından önem taşımaktadır (2017: 102).

1964 yılında Dünya Hekimler Birliği'nin (WMA) yayımladığı Helsinki Bildirgesi, insan gönüllüler üzerinde yapılan tıbbi araştırmalarda etik ilkeler ile ilgili düzenleme yapılmıştır⁶. 1970'li yıllarda hastalara bilgi verilmesi ile ilgili doktor merkezli standartizasyonlara düzenlemeler getirilmiş, 1972 yılında yayımlanan Amerika Hastaneleri Birliği Hasta Hakları Bildirgesi'nin ikinci ve üçüncü maddesinde "hasta, tanısı, tedavisi ve prog-

⁶ Bildirge 2000 yılında İskoçya'da düzenlenen genel kurulda gözden geçirilmiş ve "Giriş", "Genel İlkeler", "Tıbbi Bakımı da İçeren Tıbbi Araştırmalar İçin Ek İlkeler" başlıkları altında otuz iki maddeden oluşmuştur. 2008 yılında bilgirmede yapılan değişikliklerle "Genel İlkeler" bölümüne araştırma yapma koşullarını içeren yeni bir madde eklenmiştir

nozu ile ilgili doğru ve eksiksiz bilgiyi alma, bilgiyi anlamış olma ve makul karar vermesine olanak sağlanmasını bekleme hakkına sahiptir.” şeklinde ifade yer almıştır (Aktaran Veatch, 1977; Wech, 1985; Mariner, 1994; 1515-1520’den aktaran: Günay vd., 2000: 47). Gerçekleştirilecek tedavi öncesi hastanın müdahalenin risk ve seçenekleri konusunda bilgilendirilme, onamının alınmasını bekleme, ilgili bakımı alma, bakımından sorumlu olan sağlık personelinin tanıma, mahremiyetinin korunmasını bekleme, hastane kuralları hakkında bilgi sahibi olma, taburculuk sonrası sağlığı için gereken hizmetlerden yararlanma haklarından bahsedilmiştir (Bandmann ve Bandmann, 1977’den aktaran: Şentürk Erenel ve Akkuzu, 1999: 23).

1979 yılında yayımlanan Belmont Raporu araştırma etiği ile ilgili olarak bireye saygı, yararlılık ve adalet ilkelerini ortaya koyması açısından önem taşımaktadır. Üç bölümden oluşan raporda, tıbbi pratik ve araştırma arasındaki sınır çizilmekte, temel etik ilkeler belirlenmekte ve araştırmalarda etiğe uygun uygulamalar tartışılmaktadır. Rapor’un 7’nci maddesinde rıza ile ilgili olarak “Gönüllülük: Araştırmaya katılmaya razı olmaktır ve bu ancak gönüllü bir rıza ise geçerli bir onam oluşturur. Aydınlatılmış onamın bu ögesi baskı ve zorlamadan arındırılmış koşullar gerektirir...” şeklindeki ifade yer almaktadır (Biyomedikal ve İnsan Davranışları Araştırmalarında İnsan Katılımcıların Korunması Hakkında Ulusal Komisyon [NCPHSBBR], 1979).

1981 yılında Dünya Hekimler Birliği tarafından Lizbon’da düzenlenen toplantıdan sonra Lizbon Hasta Hakları Bildirgesi yayımlanmıştır. Bu bildirgenin önemi, hastanın yeterli ölçüde bilgilendirilmesine atıfta bulunularak hastanın önerilen tedaviyi kabul veya reddetme hakkının hastanın kendisine bırakılmasıdır. Söz konusu bildirgede tanımlanan haklar aşağıda yer almaktadır:

- *Hastanın hekimini özgürce seçme hakkı,*
- *Hastanın müdahale ile karşılaşmaksızın, klinik veya etik yargılara özgürce varabilen bir hekimce bakılma hakkı,*

- Hastanın, yeterli ölçüde bilgilendirildikten sonra önerilen tedaviyi kabul veya reddetme hakkı,
- Hastanın, hekimden tıbbi ve kişisel bilgilerinin gizliliğine gereken saygının gösterilmesini bekleme hakkı,
- Hastanın, saygın bir şekilde ölme hakkı,
- Hastanın, kendi dinine uygun bir din adamının yardımı da içermek üzere ruhsal ve ahlaki teselliye isteme ya da reddetme hakkı (Dünya Hekimler Birliği [WMA], 1981).

1994 yılında Avrupa'da Hasta Haklarının Geliştirilmesi Bildirgesi diğer adıyla Amsterdam Bildirgesi yayımlanmış, söz konusu bildirgede aydınlatılmış onam kavramı gerçekleştirilecek herhangi bir tıbbi girişimin ön koşulu olarak tanımlanmıştır. Hastaya daha geniş haklar tanıyan bu bildirgenin “Bilgilendirme” başlığı altında belirtilenler şunlardır:

- Hastaların, durumları ile ilgili tıbbi gerçekleri, önerilen tıbbi girişimleri ve her bir girişimin potansiyel risk veya yararlarını, önerilen girişimlerin alternatiflerini, tedavisiz kalmanın sonucunu, tanı, prognoz ve tedavinin gidişi konularını içerecek şekilde sağlık durumları konusunda tam olarak bilgilendirme hakkına sahip oldukları,
- Bilgilendirmenin, yalnızca bilgi vermemenin hasta üzerine açık ve olumlu bir etkisinin olacağına inanmak gibi geçerli bir nedenin olduğu zamanlarda kısıtlanabileceği,
- Bilginin, hastanın anlama kapasitesine uygun bir yolla ve yabancı teknik terminoloji kullanımını en aza indirerek iletilmesi eğer hasta ortak dil konuşmıyorsa çeviri yapılabileceği, hastaların kesin olarak belirttikleri takdirde bilgilendirilmeme hakkına sahip oldukları,
- Hastaların, kendi yerlerine kimin bilgilendirileceğini seçme hakkına sahip olduğu,
- Hastaların, ikinci bir görüş alma imkânına sahip olduğu,
- Hastaların, tedavi aldığı sağlık personeli, mesleki durumu, kurumda kaldığı ve tedavi gördüğü sürece uyması gereken kurallar ve rutin işlemler konularında bilgilendirilme hakkına sahip olduğu,
- Hastaların, sağlık kurumundan taburcu edildiklerinde tanıları, tedavileri ve bakımlarını içeren bir yazılı özet alma ve isteme imkânına sahip oldukları (WMA, 1994).

1995 yılında ise Bali'de gerçekleştirilen toplantıda 1981 tarihli Lizbon Bildirgesi gözden geçirilerek, güncellenmiş Amsterdam Bildirgesi'nde yer alan hastanın durumuyla ilgili bilgilendirilme hakkı, Lizbon II ya da diğer adıyla Bali Bildirgesi'nde daha ayrıntılı bir şekilde düzenlenmiş, hastanın bilgilendirilmesi ile onamının alınması vazgeçilmez

haklar arasında yer almıştır. Balı Bildirgesi'nde "Kendi yazgısını saptama hakkı", "Bilinci kapalı hasta", "Yasal olarak yeterliği olmayan hasta", "Hastanın istemine karşı uygulamalar", "Bilgilenme hakkı", "Gizlilik hakkı", "Sağlık eğitimi hakkı" başlıkları altında aydınlatılmış onam kavramından ayrıntılı şekilde söz edilmektedir. Bu başlıklar şöyle sıralanabilir:

- "Kendi yazgısını saptama hakkı":
- Hastanın kendi yazgısını saptama, kendisiyle ilgili özgürce karar verme hakkı vardır. Hekim, hastayı verdiği kararların sonuçları konusunda bilgilendirecektir.
- Zihinsel olarak yeterliği olan erişkin hastaların tanı ve tedavi yöntemlerini kabul ya da reddetmeye hakları vardır. Hastanın bu kararı vermek için gerekli olan bilgileri alma hakkı vardır. Hastanın, incelemelerin ve tedavinin amacım, olası sonuçlarını ve eğer onam vermezse bunun etkilerinin neler olacağını açıkça anlaması gerekir.
- Hasta, tıbbi araştırmalara ya da eğitim çalışmalarına katılmayı reddetme hakkına sahiptir.
- "Bilinci kapalı hasta":
- Hastanın bilinci kapalı ise ya da başka bir nedenle isteklerini belirtmiyorsa, yasal açıdan gerekli olduğu zaman aydınlatılmış onam, olanaklar ölçüsünde yasal olarak saptanan temsilciden alınmalıdır.
- Yasal temsilci bulunamıyorsa ve tıbbi girişimin acil olarak yapılması gerekiyorsa, hastanın onamı varsayılabilir. Böyle bir durumda onamı varsayabilmek için, hastanın içinde bulunulan durumu öngörerek, düşünülen tedaviye onam vermeyeceğini açıkça ve kesin olarak bildirmemiş olması gerekir.
- Bunlara karşın hekim, bir özkıyım girişimi nedeniyle bilinci kapanmış olan hastanın yaşamını her zaman kurtarmaya çalışmalıdır.
- "Yasal olarak yeterliği olmayan hasta":
- Eğer hasta reşit değilse ya da herhangi bir nedenle yasal olarak yeterliği olmadığına karar verilmişse, gerektiğinde yasal temsilcisinden onam alınmalıdır.
- Eğer hasta yasal olarak yeterliği olmadığı halde akılcı kararlar verebiliyorsa, onun kararlarına saygı gösterilmelidir. Bu durumda hastanın, kendisine ait bilgilerin yasal temsilcisinden gizlenmesini isteme hakkı vardır.
- Eğer hekim, bir tedavinin hastanın yararına olduğunu düşünüyor, ancak hastanın yasal temsilcisi veya hastanın yetkilendirdiği kişi bu tedaviyi reddediyorsa, hekim bu kararı ilgili yasal kurumlara ve öteki ilgili kurullara götürerek tartışılmasını sağlamalıdır. Acil durumlarda hekim, hastanın yararına olduğunu düşündüğü biçimde davranır.
- "Hastanın istemine karşı uygulamalar"
- Hastanın istemine karşın tanı ve tedavi yöntemlerinin uygulanması ancak, yasaların özel olarak izin verdiği ve tıp etiğinin kurallarına uyan çok ender durumlarda söz konusu olabilir.
- "Bilgilenme hakkı":
- Hastanın kendi tıbbi kayıtlarında yer alan bilgileri almaya, tıbbi durumu ve bu duruma ilişkin tıbbi gerçeklerle ilgili tümüyle bilgilendirilmeye hakkı vardır. Ancak hastanın gizli kayıtlarında yer alan üçüncü kişilere ait bilgiler, bu kişilerin onamı olmaksızın hastaya verilmemelidir.

- Bazı ayrıcalıklı durumlarda, eğer bilginin açıklanmasının hastanın yaşamına veya sağlığına ciddi biçimde zarar vereceğine inanmak için güçlü nedenler varsa, bilgi gizlenebilir.
- Bilgi, yerel kültüre uygun ve hastanın anlayabileceği bir biçimde verilmelidir.
- Başka bir kişinin yaşamını korumak için zorunlu olmadıkça, hastanın açıkça istemesi durumunda bilgilendirilmemeye de hakkı vardır.
- Eğer isterse hasta, kendisinin yerine bilgilendirilmesini uygun gördüğü kişiyi seçme hakkına sahiptir.
- “Gizlilik hakkı”:
- Hastanın sağlık durumu, tıbbi durumu, tanısı, tedavisi ve sonlanımı ve kişisel nitelikli tüm öteki bilgiler ölümden sonra bile gizli tutulmalıdır. Bazı ayrıcalıklı durumlarda hastanın mirasçıları, kendi sağlıklarıyla ilgili riskler açısından onları uyarabilecek bilgilere ulaşma hakkına sahip olabilirler.
- Gizli bilgiler ancak hastanın açık onanımın olması veya yasada açıkça belirtilmesi durumunda açıklanabilir. Hastanın açık onamı olmadıkça öteki sağlık çalışanlarına bilgiler, bilmeleri zorunlu olduğunda ve gerektiği kadar açıklanır.
- Hastanın kimliğini ele verebilecek tüm veriler korunmalıdır. Bu koruma, verilerin saklanma biçimine uygun olarak düzenlenmelidir. Kimliği belli edebilecek (tanımlanabilir) veri niteliğindeki vücut yapıları da benzer biçimde korunmalıdır.
- “Sağlık eğitimi hakkı”:
- Her birey, kişisel sağlığı ve ulaşılacak sağlık hizmetleri konusunda aydınlatılmış seçimler yapmasına yardımcı olacak sağlık eğitimini alma hakkına sahiptir. Bu eğitim sağlıklı yaşam biçimleri, hastalıklardan korunma ve erken tam yöntemleri gibi bilgileri de içermelidir. Herkesin kendi sağlığı konusundaki kişisel sorumluluğu vurgulanmalıdır. Hekimlerin eğitim çabalarına etkin bir biçimde katılmaları bir ödevdir. (WMA, 1995)

Söz konusu bildirgenin önceki düzenlemelerden farkı, hastanın bilinç kaybı yaşaması, küçük yaşta olması ya da karar verme ehliyetine sahip olmaması gibi kendini ifade etmekten yoksun olduğu durumlar ile ilgili olarak hastanın yasal temsilcisinden onam alınması gerektiğinin bildirilmiş olmasıdır. Hastanın onamının var sayılacağı durum, müdahalenin hayati öneme sahip olduğu acil durumlarda hastanın ya da temsilcisinin müdahalenin yapılmaması yönünde bir beyanı olmaması halinde ortaya çıkmaktadır (Tümer vd., 2011: 192).

1997 yılında ise Avrupa Konseyi İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesi (Oviedo Sözleşmesi) kabul edilmiştir. Sözleşmenin özelliği sadece özerklik ve kendi geleceğini tayin hakkının değil, insanın temel varlık ve gelişme koşullarının korunması, biyotıp uygulamalarıyla ilgili koruyucu düzenlemeler ile birlikte sağlık hizmetlerinden faydalanılması hususunda da temel hükümlerin yer almasıdır (Honnefelder, 2001; Nys, 2001; 4-

5'ten aktaran: Katoğlu, 2006: 162). Söz konusu Sözleşme'nin ikinci bölüm, 5. maddesi onam ile ilgilidir. 5'inci maddede, "Genel kural" başlığı altında: "Sağlık alanında herhangi bir girişim, ilgili kişinin bu girişime özgürce ve bilgilendirilmiş bir şekilde rıza (onam) vermesinden sonra yapılabilir. Bu kişiye, önceden, girişimin amacı ve niteliği ile sonuçları ve tehlikeleri hakkında uygun bilgiler verilecektir. İlgili kişi, verdiği onamı her zaman, serbestçe geri çekebilir." (Ovideo Sözleşmesi, 1996) hükmünün yer aldığı görülmektedir. Aynı Sözleşme'nin 6'ncı maddesinde onam verme yeterliliği olmayan kişiler ve onamın alınma usulünden bahsedilmiştir. 6'ncı madde "Rıza verme yeteneği bulunmayan kişilerin korunması" başlığı altında şu ifade yer almıştır:

"...rızasını bildirme yeteneği bulunmayan bir kimse üzerinde tıbbi girişim, yalnız onun doğrudan yararı için yapılabilir. Yasaya göre bir girişime rıza gösterme yeteneği bulunmayan bir küçüğe, yalnız temsilcisinin veya yasa tarafından belirlenen makam, kişi veya kuruluşun izni ile girişimde bulunulabilir. Küçüğün görüşü, yaşı ve olgunluk derecesiyle orantılı bir şekilde, gittikçe daha belirleyici bir konumda olmak kaydıyla göz önünde bulundurulacaktır. Yasaya göre, akıl hastalığı, bir hastalık veya benzer nedenlerden dolayı girişime rıza gösterme yeteneği bulunmayan bir yetişkine, ancak temsilcisinin veya yasa tarafından belirlenen kişi veya makamın izni ile girişimde bulunulabilir. İlgili kişi olanaklar ölçüsünde izin verme sürecine katılacaktır." (Council of Europe, 1997)

Bahse konu Sözleşme'nin 16. maddesi "Üzerinde araştırma yapılan kişilerin korunması" ile 17'nci maddesine "Araştırmaya onam verme yeteneği olmayan kişilerin korunması"na atıfta bulunulmuştur (Council of Europe, 1997). 16'ncı maddede kişiler üzerinde yapılacak araştırmaların ancak karşılaştırılabilir nitelikte ve etkinlikte başka bir seçeneğin bulunmaması; kişinin, karşı karşıya kalacağı tehlikelerin, araştırmanın beklenen yararlarıyla oransız olmaması, öngörülen hakları ve güvenceleri hakkında bilgilendirilmiş olmaları ile her zaman serbestçe geri alınabilecek nitelikteki belgelendirilmiş aydınlatılmış onamın açıkça ve belirli bir şekilde verilmiş olması şartlarına bağlanmıştır. 17'nci maddede ise yine araştırmanın kişinin sağlığı üzerinde gerçek ve doğrudan yarar sağlama beklentisi bulunması, karşılaştırılabilir nitelikte bir etkinlik doğuracak bir araştırmanın

onam verme yeteneği bulunan kişiler üzerinde gerçekleştirilememesi ile gerekli iznin belirli ve yazılı olarak verilmiş bulunması ve kişinin itirazda bulunmaması hususları yer almıştır.

Birleşmiş Milletler Eğitim, Bilim ve Kültür Örgütü (UNESCO) Genel Konferansı tarafından 2000 yılında İnsan Genomu ve İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi yayımlanmıştır. Söz konusu bildirgede aydınlatılmış onam ile ilgili 5'inci maddenin b fıkrasında: “Her durumda ilgili kişinin özgür ve aydınlatılmış onayı önceden alınacaktır. Eğer kişi onay verecek durumda değil ise, bu konudaki onay veya yetki, yasaya uygun olarak ve kişinin yararı doğrultusunda alınacaktır.” (Birleşmiş Milletler Eğitim, Bilim ve Kültür Örgütü [UNESCO], 2000) ifadesi yer almıştır. Aynı maddenin c fıkrasında “Her bireyin, genetik inceleme ve bunların doğuracağı sonuçlar hakkında bilgi sahibi olmak veya olmamak kararına saygı gösterilmelidir.” (UNESCO, 2000) ifadesine yer verilirken onam verme yeterliliği olmayan kişiler için sağlanması gereken koşullar, e fıkrasında belirtilmiştir:

“Eğer yasaya göre bir kişinin onay vermesi için yeterliliği mevcut değilse kişinin genomunu etkileyecek araştırma, sadece onun sağlığına doğrudan yararlı olacaksa, yasada öngörülen yetki ve koruyucu hükümlere uygun olarak yürütülebilir. Sağlığa doğrudan yarar sağlama beklentisi olmayan bir araştırma ancak istisnai durumlarda, büyük bir özenle, kişiyi en az risk ve sıkıntıya sokacak bir şekilde ve ancak araştırma aynı yaş grubu veya aynı genetik durumda olan kişilerin sağlığına yarar sağlamayı amaçlıyorsa ve yasanın koyduğu hükümlere bağlı olarak ve ilgili kişinin bireysel haklarının korunması koşulu ile yapılabilir.” (UNESCO, 2000)

2002 yılında kabul edilen Hasta Haklarına İlişkin Avrupa Statüsü ikinci bölüm Hastalara Ait On Dört Hak kısmının 3'üncü maddesi “Bilgi Hakkı” başlığı altında; her bireyin kendi sağlık durumu mevcut sağlık hizmetleri, bu hizmetlerden nasıl yararlanabileceği, bilimsel araştırma ve teknolojik yenilikler konusunda bilgi alma hakkı olduğu belirtilmiştir. Bilginin verilme usulü çerçevesinde sağlık hizmetleri, sağlık çalışanları ve

profesyonellerin, hastanın farklı özelliklerini (din, etnisite ve dil vb.) göz önünde bulundurarak anlaşılır bir biçimde bilgi vermek zorunda olduklarına değinilmiştir. Kişilerin kendi dosyalarında ve kayıtlarında kendileri ve hastalıkları ile ilgili bulunan bilgileri alma, fotokopi ile çoğaltma, soru sorma ve hata varsa onların düzeltilmesini talep etme; yatan hastaların ise sürekli ve tam olarak alınması gereken bilgileri alma hakkına sahip olduğu ifadesi yer almıştır (Active Citizenship Network, 2002).

Onam ile ilgili olan 4'üncü maddede "Rıza (onay) Hakkı" başlığı altında; Her bireyin bilimsel araştırmalar katılım dâhil olmak üzere herhangi bir işlem ve tedavi için kendi sağlığı ile ilgili kararları alabilmesi için ilgili bilgileri alma hakkı olduğu, sağlık çalışanlarının tıbbi müdahaleye ilişkin tüm bilgileri, riskler, yan etkiler ve alternatif durumlar dâhil olmak üzere, hastalara kendi seçimlerini yapabilmeleri için önceden vermeleri gerektiği belirtilmiştir. Bilgiler verilirken hastanın anlayacağı şekilde ve hastanın kendi dilinde verilmesi gerektiği ifade edilmiştir. Hastanın onam verme konusunda yetersiz olduğu durumlarda da (yasal bir temsilcinin gerektiği, reşit olmadığı vb.) alınacak karara mümkün olduğu ölçüde hastanın iştirakinin sağlanmasının gerektiğine yer verilmiştir.

Son olarak hastanın tedavi veya tıbbi müdahale ile sağlık durumu hakkında bilgilendirilme konusuna itiraz etme hakkının olduğu, tedavi devam ederken verdiği karardan cayıp tedaviye devam edilmesine itiraz edebileceğine yer verilmiştir. Madde 5'te ise "Özgür Seçim Hakkı" başlığı altında; seçim yapma hakkına atıfta bulunularak yeterli bilgi sahibi olan kişilerin farklı tedavi yöntemleri, tedavi verecek kişiler ya da tedavi göreceği yerler arasında seçim yapma hakkına sahip olduğu belirtilmiştir. Bu hakkın kullanımının ise sağlık hizmetlerinin, uygulanacak tedaviyi verecek sağlık kurumları ve doktorlar ile alınan sonuçlar hakkında kişiyi bilgilendirmesi sonucu gerçekleşeceği belirtilmektedir (Active Citizenship Network, 2002). Bildirgede göze çarpan unsur, uygulanacak tıbbi müdahaleye ilişkin yarar, risk, yan etki ile alternatif tedavi yöntemleri gibi unsurların

müdahaleden önce hastaya bildirilmesi gerekliliğinin vurgulanmasıdır (Tümer vd., 2011: 192).

2005 yılında UNESCO Genel Konferansı tarafından Biyoetik ve İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi yayımlanmış, bildirgenin 5'inci maddesinde "Özerklik ve bireysel sorumluluk" başlığı altında başkalarının özerliğine saygı gösterilmesi ve kararın sorumluluğunun alınması kaydıyla kişilerin karar verme özerkliğine saygı gösterilmesi; özerklik ehliyetine sahip olmayan kişiler için hak ve çıkarlarını koruyacak özel önlemler alınmasından bahsedilmiştir.

6'ncı maddede "Onam" başlığı altında kişilere gerçekleştirilecek tüm tanı ve tedavi amaçlı tıbbi müdahalelerin bilgilendirme yapılarak kişilerin önceden alınmış özgür ve bilinçli onamı sonrası gerçekleştirilebileceği yer almaktadır. Yine aynı maddede yapılacak bilimsel araştırmalar için kişinin özgür, açık ve aydınlatılmış onamının alınması, bilgelerin yeterli ve anlaşılır olması ayrıca iznin geri alınmasına yönelik imkânları da içermesi gerektiğine değinilmiştir. Eğer araştırma bir grup insan ya da topluluk üzerinde gerçekleştirilecekse bu grup veya topluluğun yasal temsilcisinin ek mutabakatının da alınabileceği, toplu yapılmış topluluk sözleşmesi, topluluk liderinin izni ya da diğer makamların izninin kişilerin aydınlatılmış onamının yerine geçemeyeceği hükmü yer almıştır.

7'nci maddede ise "Onam verme ehliyeti olmayan kişiler" ile ilgili esaslara yer verilmiş; araştırma ve uygulama yetkisinin ilgili kişinin çıkarları gözetilip yasalara uygun şekilde alınması gerektiği hem onam verme hem de onamı geri çekmeye ilişkin karar verme sürecine ilgili kişinin olabildiğince kapsamlı şekilde iştirakinin sağlanması gerektiği vurgulanmıştır. Ayrıca araştırmanın başka bir alternatifin bulunmadığı durumlarda, kişiye sağlık açısından doğrudan fayda sağlamaya yönelik olarak gerçekleştirilmesi, istisnai olarak aksi durumlarda ise kişiye yasalarda öngörülen şartlara ve insan haklarına uygun şekilde en az risk ve külfete neden olacak şekilde uygulanması, kişinin araştırmaya

katılmayı kabul etmeme hakkının saklı tutulması gerektiğine (UNESCO, 2005) yer verilmiştir.

3.2.1.2. Türkiye’de Aydınlatılmış Onamın Hukuki Arka Planı

Ülkemizde onam sürecinin yasal bağlamına ilişkin en eski hukuki düzenleme, 11 Nisan 1928 tarih ve 1219 sayılı “Tababet ve Şuabatı San’atlarının Tarz-ı İcrasına Dair Kanun”dur. Yasanın önemi, 80 yıl önce hasta haklarının merkezinde bulunan “onam” kavramını gündeme getirmesinden kaynaklanmaktadır (Güvercin, 2007: 81). Ayrıca söz konusu kanun, tıbbi müdahalenin hukuka uygun olarak kabul edilebilmesi için gereken koşulları da belirlemektedir. Ayrıca söz konusu Kanunun 25’inci maddesinde, gerekli şartları taşımadan tıp mesleğini icra edenlerin cezai işleme tabi tutulacakları belirtilmektedir.

23 Ocak 1953 tarih ve 6023 sayılı “TTB Kanunu” hükümlerine göre hekimin, tüm tanı, tedavi girişimleri ile tıbbi yardım ve müdahalenin zararlı sonuçlarından sorumlu tutulmaması için yetkili olması, hasta onamının alınmış olması, bulunduğu müdahalelerin, tıp ilke ve kuralları ile genel hukuk kurallarına uygun olması gerekmektedir (Demirel, 2005: 100-102). Aydınlatılmış onam için bilgi hastaya açıklanmalı, bilgi hasta tarafından anlaşılmalı, hasta onam verme yeterliliğine sahip ve gönüllü olmalı, onam sadece aydınlatılan konu üzerine geçerli olmalıdır. TTB Hekimlik Meslek Etiği Kuralları 26’ncı maddede aydınlatılmış onam şu şekilde yer almaktadır:

“Hekim hastasını, hastanın sağlık durumu ve konulan tanı, önerilen tedavi yönteminin türü, başarı şansı ve süresi, tedavi yönteminin hastanın sağlığı için taşıdığı riskler, verilen ilaçların kullanılışı ve olası yan etkileri, hastanın önerilen tedaviyi kabul etmemesi durumunda hastalığın yaratacağı sonuçlar, olası tedavi seçenekleri ve riskleri konularında aydınlatır. Yapılacak aydınlatma hastanın toplumsal ve ruhsal durumuna uygun olmalıdır. Bilgiler hasta tarafından anlaşılabilir biçimde verilmelidir. Hastanın dışında bilgilendirilecek kişileri, hasta kendisi belirler. Sağlıkla ilgili her türlü girişim, kişinin özgür ve aydınlatılmış onamı ile yapılabilir. Alınan onam, baskı, tehdit, eksik aydınlatma ya da kandırma yoluyla alındıysa geçersizdir.” (TTB, 2012)

Burada belirtildiği üzere bir eylemin yasal olması için birey kendisi üzerinde bunun yapılmasına rıza göstermesi, uygun bulması ve uygulayıcıya yetki vermesi gerekmektedir. Sağlık Bakanlığının hazırladığı “Hasta Hakları Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik” (RG, 08.05.2014, S. 28994) 2’inci maddede konuya ‘bilgilendirme’ terimi ile yer verilmiştir:

"Hekimin; hastasına, hastalığının tanısı, nereden kaynaklandığı, gerçekleştirilmesi planlanan tıbbi müdahalenin türünü, biçimi, tedavi sonucu ulaşılabilecek sonucun ne olabileceği, tedavinin ne kadar bir süreyi gerektireceği, yan etkileri ve rizikolarını anlatması; planlanan tıbbi müdahale gerçekleştirilmediği takdirde, ortaya çıkması muhtemel sonuçları anlatarak, tıbbi müdahale hakkında serbestçe karar verebilecek bir duruma getirecek bilgilerle kişiyi bilgilendirmesidir." (Hasta Hakları Yönetmeliğinde..., 2014)

Burada da bahsedilen hastanın yapılacak tıbbi müdahalenin gerekli bütün ayrıntıları hakkında bilgi sahibi olmasıdır. Bahse konu Yönetmelik 7’nci maddede ise “Hasta, sağlık hizmetlerinden nasıl faydalanabileceği konusunda bilgi isteyebilir.” (Hasta Hakları Yönetmeliğinde..., 2014) hükmü yer almış, bilgilendirmenin hastaya tanıdığı bir hak olduğu belirtilmiştir. “Hasta Hakları Yönetmeliği”nde ayrıca hastanın verdiği rıza dışında, başka bir müdahaleye tabi tutulamayacağı, vermiş olduğu rızadan vazgeçme hakkına da sahip olduğu ancak yaşamı tehlike altına giriyorsa, bu isteğin göz ardı edilebileceği, hukuken geçerli kabul edilebilecek bir rızanın müdahalenin gerçekleştirilmesinden önce veya en geç gerçekleştirildiği sırada açıklanmış olması gerektiği, rızanın sonradan açıklanması durumunda gerçekleştirilmiş olan tıbbi müdahalenin hukuka aykırılığının söz konusu olacağı yer almaktadır.

Ülkemizde 1961 Anayasası ile “Sağlık Hakkı” düzenlemiştir. Söz konusu Anayasanın 2’inci maddesinde yer alan insan haklarına dayalı, sosyal bir hukuk devleti ibaresi hem sağlık hakkının kabul edilmesi hem de hasta hakları açısından önemli bir adım olmuştur. Ayrıca 14’üncü maddede yaşama ve varlığını geliştirme hakkı ile kişi dokunulmazlığı güvence altına alınmıştır (Güvercin, 2007: 94). 1982 Anayasasında da “Sağlık

Hakkı” düzenlenmiş, 17’nci maddenin 1’inci fıkrasına göre: “Herkes yaşama, maddi ve manevi varlığını koruma ve geliştirme hakkına sahiptir. Karar verme hakkının da bulunduğu açıktır.” (Anayasa, 1982) şeklinde bir ibare yer almıştır. Yine “Yaşama Hakkı”nı düzenleyen bu maddede kişinin vücut bütünlüğüne tıbbi zorunluluklar ve kanunda belirtilen durumlar dışında dokunulamayacağı, bilimsel ve tıbbi deneylere onamı dışında tabi tutulamayacağı ifade edilmiştir (Ayan, 1991: 71-86; Güvercin, 2007: 99).

Aydınlatma borcunun hukuki temelini hem tedavi sözleşmesi hem de rızanın geçerlilik şartı oluşturmaktadır. Bu borç hastanın Anayasa teminatı altında olan “kendi geleceğini bizzat belirleme hakkı”ndan doğmaktadır. “Tababet ve Şuabat-ı San’atlarının Tarz-ı İcrasına Dair Kanun”un 70’inci maddesinde aydınlatma yükümü şu şekilde yer almıştır:

“Tabipler, dış tabipleri ve dişçiler yapacakları her nevi ameliye için hastanın, hasta küçük veya tahtı hacirde ise veli veya vasisinin evveleminde muvafakatını alırlar. Büyük ameliyei cerrahiyeler için bu muvafakatin tahriri olması lazımdır. (Veli veya vasisi olmadığı veya bulunmadığı veya üzerinde ameliye yapılacak şahıs ifadeye muktedir olmadığı takdirde muvafakat şart değildir.) Hilafında hareket edenlerden alakadarın şikayetine bağlı olmak şartıyla on liradan iki yüz liraya kadar hafif cezai nakdi alınır.” (Tababet ve Şabat-ı..., 1928: madde 70)

Buradan da anlaşılabacağı üzere hukuken geçerli bir rıza, hastanın geleceğini belirlemek için yaşının ve yaşına oranla akli düzeyinin yeterli olması, diğer bir deyişle temyiz kudretine sahip olmasıyla doğru orantılıdır. 22 Kasım 2001 tarih ve 4721 sayılı “Türk Medeni Kanunu” ise rıza bağlamında hastanın kısıtlılık/temyiz kudretinden yoksunluk durumuna ilişkin şu belirlemelerde bulunmaktadır: “Yaşının küçüklüğü yüzünden veya akıl hastalığı, akıl zayıflığı, sarhoşluk ya da bunlara benzer sebeplerden biriyle akla uygun biçimde davranma yeteneğinden yoksun olmayan herkes, bu Kanuna göre ayırt etme gücüne sahiptir.” (Türk Medeni Kanunu [TMK], 2001: madde 13) buna ek olarak bahsi geçen kanunda diğer bir maddede “Ayırt etme gücü bulunmayanların, küçüklerin ve kısıtlıların fiil ehliyeti yoktur.” (TMK, 2001: madde 14) ifadesi yer almaktadır. 25 Şubat 1955 tarihli

“Hastaneler Talimatnamesi”nin 103’üncü maddesinde de hastane dahilindeki büyük ameliyatlarda “Tababet ve Şuabat-ı San’atlarının Tarz-ı İcrasına Dair Kanun”a uygun hareket edilmesi; büyük cerrahi operasyonlarda yazılı rızanın alınmasının gerektiği belirtilmiştir (Bayraktar, 1972; Tümer vd., 2001: 284).

Hekimin tıbbi uygulamada bulunmak için hastanın rızasına ihtiyacı olduğu reşit olmayan, kısıtlı ya da aklı dengesi yerinde değilse ailesi veya vasisinin izninin alınması şartı aranmaktadır. Belirli istisnalar haricinde hasta rızası veya ailenin rızasının alınmadan tıbbi uygulamada bulunulması, hekim için fiilin hukuka aykırılığı sonucunu ortaya çıkarmaktadır (Belgesay, 1963). Burada etik açıdan en temel değer, insanın kişiliğine duyulan saygı, insanın beden bütünlüğü üzerindeki hakkı, insan vücudunun dokunulmazlığıdır. “TTB Kanunu”na göre hazırlanan “Tıbbi Deontoloji Tüzüğü”nün (RG, 19 Şubat 1960, S. 10436) 2’nci maddesine göre: “Tabibin ...başta gelen görevi, insan sağlığına ve kişiliğine özel bir saygı göstermektir.” (Kapani, 1972: 213; Erdoğan, 1982: 284-285)

Bu durum, tıbbi uygulamalar açısından hukuki bağlamda hekim sorumluluğuna vurguda bulunmaktadır. Hekim tıbbi uygulamalarda sorumluluk taşımalı, tıbbi kurallar ile hukuk kurallarına uygun hareket etmeli, ehliyetsizlik ve ihmal gibi sebeplerle tıbbi müdahaleden kaçınmamalı, hastaya gereksiz uygulamalarda ve kasıtlı bir harekette bulunmamalı, cerrahi uygulamalarda zarar ve ziyana neden olmamalıdır (Dönmezler, 1944; Taylor, 1970; Demirhan Erdemir, 1994: 84).

Hukuki anlamda hekim sorumluluğu; İdare Hukuku, Medeni Hukuk ve Ceza Hukuku yönünden olmak üzere üç başlık altında incelenmektedir. Hekimler, idarenin kurduğu hastaneler ve sağlık kurumlarında görevlerini yerine getirirken kusurlu bir harekette bulunduklarında ortaya çıkan sorumluluk İdare Hukuku yönünden sorumluluktur. Medeni Hukuk yönünden hekimin sorumluluğu, bir kimsenin karşı tarafa verdiği zarardan dolayı sorumlu tutulması ile bağlantılı olup haksız fiil sorumluluğu ve sözleşme sorumluluğu olmak üzere ikiye ayrılmaktadır (Demirhan Erdemir, 1994).

11 Ocak 2011 tarih ve 6098 sayılı “Türk Borçlar Kanunu”nun 41’inci maddesi: “Bir zararı önlemek için alınması gereken bir önlem bulunup da alınmamış ise sorumluluk vardır.” şeklindedir. Sorumluluğun ortaya çıkma nedeni ise zararın doğması, işlenen fiilin haksız olması, kusur ve ihmalin bulunması, zarar ile bu haksız fiil arasında bir sebep ve sonuç ilişkisinin bulunmasına bağlı olarak kurulmuştur. Hastaya yaptığı bir kusur nedeniyle zarar vermesi, hekimin sorumluluğunu doğurmaktadır. Yine aynı Kanunun 41’inci maddesinde: “Bir kimseyi ister bile bile ister ihmal yoluyla hukuka aykırı olarak zarara uğratan kişi, bu zararı karşılamakla yükümlüdür.” (Türk Borçlar Kanunu, 2011: madde 41) ifadesi yer almaktadır. Buna bağlı olarak hekim eğer mesleki uygulamalar esnasında hastaya kasten veya taksirle sağlık ve can açısından zarar verirse kusurlu davranış meydana gelmekte, ceza hukuku yönünden de sorumluluğu ortaya çıkmaktadır.

Daha önce değindiğimiz “Tababet ve Şuabat-ı San’atlarının Tarz-ı İcrasına Dair Kanun”, “Umumi Hıfzıssıhha Kanunu”, “Özel Hastaneler Kanunu ve Türk Tabipler Birliği Kanunu” hekimin uymakla yükümlü olduğu kuralları içermekte, bu kurallara uyulmadığı takdirde cezalandırılmaya gidileceği ifade edilmektedir (Şehsuvaroğlu, 1975: 137; Demirhan, 1980). Hukuk bağlamında hekimin yaptığı tıbbi müdahaleyi haklı çıkaracak, söz konusu müdahaleye hukuki anlamda izin verilesini sağlayacak bir “hukuka uygunluk nedeni”nin varlığına ihtiyaç vardır. Hukuka uygunluk nedenini sağlayan ise hastanın yapılacak müdahale için rızasının olması, tabi rıza alınmadan önce hekim tarafından tam olarak aydınlatılmasıdır. Yargıtay 4. Hukuk Dairesi bu durumla ilgili olarak verdiği kararında şu hüküm yer almaktadır:

“Rızanın hukuken geçerli olabilmesi için kişinin sağlık durumunu, yapılacak müdahaleyi ve etkileri ile sonuçlarını bilmesi, bu konuda yeteri kadar aydınlatılması ve iradesini bildirirken baskı altında kalmaması, serbest olması gerekir. Bu itibarla ki, ancak aydınlanmış ve serbest bir irade sonucu verilmiş rıza hukuken değerli olan bir rızadır.” (07/03/1977 tarih ve E. 1976/6297 K. 1977/2541 sayılı Karar)

Yine “Hasta Hakları Yönetmeliği”nin “Sağlık Durumu ile İlgili Bilgi Alma Hakkı” adlı üçüncü bölümün “Bilgilendirmenin Kapsamı” adlı 15’inci maddesi ile ilgili olarak hastanın uygulanacak tıbbi işlem ve müdahale yöntemleri, hastalığın seyri ve sonuçları hakkındaki sözlü ve yazılı bilgi isteme hakkı ile hastanın yeterliği olmadığı takdirde bir başkasını yetkilendirmeyi tanımlamaktadır. Aynı yönetmelik 18’inci maddede “Bilgi Vermenin Usulü”; 22’nci maddesinde “Rıza Olmaksızın Tıbbi Ameliyeye Tabi Tutulmama”; 24’üncü maddede “Hastanın Rızası ve İzni”; 25’inci maddede hastanın “Tedaviyi Reddetme ve Durdurma”sı; 26’ncı maddede “Küçüğün veya Mahcurun (kısıtlının) Tıbbi Müdahaleye Katılımı” ile 31’inci maddede “Rızanın Kapsamı” ile ilgili hükümler yer almaktadır. Madde 31’de; “Rıza alınırken hastanın veya kanuni temsilcisinin tıbbi müdahalenin konusu ve sonuçları hakkında bilgilendirilip aydınlatılması esastır.” (Hasta Hakları Yönetmeliği, 1998: madde 31) ifadesine yer verilmiş, aydınlatılma bir esas olarak benimsenmiştir.

Bunlara ek olarak 29 Mayıs 1979 tarih ve 2238 sayılı “Organ ve Doku Alınması, Saklanması, Aşılması ve Nakli Hakkındaki Kanun”un 5’inci maddesinde rızanın yazılı ve olarak alınması gerektiğinin yanı sıra vericinin bilinçli ve herhangi bir etki altında olmaması, iki tanığın önünde de sözlü onam vermesi gerektiğine yer verilmiştir. 24 Mayıs 1985 tarih ve 2827 sayılı “Nüfus Planlaması Kanunu”nun 4’üncü, 5’inci ve 6’ncı maddeleri kişinin rızası ve koşullarına yer verilmiştir. 4. ve 5. maddelerde sterilizasyon ve rahim tahliyesi (onuncu haftaya kadar isteğe bağlı; daha ileri haftalarda gebe veya çocuğun sağlığındaki olumsuzluklar ya da tıbbi zorunluluklara bağlı olarak) operasyonlarının kişinin yeterliliği varsa isteği ile yapılabileceği, kısıtlı olanlara için yasal temsilci ve hâkim kararının gerekli olduğu ifade edilmektedir. Rahim tahliyesi için eşin de onamının alınması gerekliliği sterilizasyon operasyonunda tıbbi zorunluluk durumunda kısırlaştırma için onamın aranmayacağı belirtilmesi aydınlatılmış onamın uygulanma yöntemi bakımın-

dan özerklik ilkesini olumsuz yönde etkilemektedir. Yine 5'inci maddede belirtilen gebeliği sonlandırılan kadının bilgilerinin kamu sağlık yönetimi birimine verilme zorunluluğu ve bu konuda kişisel hayatın gizliliği prensibinden bahsedilmemesinin ciddi bir eksiklik olduğu ortaya çıkmaktadır (Güvercin, 2007: 103-104).

Tıbbi Deontoloji Tüzüğü 14'üncü madde 2'inci fıkrada ise aydınlatma yükümünün gerçekleştirilme usulüne atıfta bulunulmuş, şu ifadeye yer verilmiştir:

“Tabip ve dış tabibi hastasına ümit vererek teselli eder. Hastanın maneviyatı üzerinde fena tesir yapmak suretiyle hastalığın artması ihtimali bulunmadığı takdirde, teşhise göre alınması gereken tedbirlerin hastaya açıkça söylenmesi lâzımdır. Ancak, hastalığın, vahim görülen akıbet ve seyrinin saklanması uygundur.” (Tıbbi Deontoloji Tüzüğü, 1960: madde 14)

Ozanoğlu burada aydınlatma yükümünün hekim ile hasta arasında tedavi süresince sürdürülebilecek bir güven ilişkisi tesis etmek; hastanın önerilen tedavinin muhtemel yan etkileri açısından tedaviyi kabul edip ya da etmemesi için gerekli bilgileri anlaşılabilir bir şekilde hastaya iletme özelliklerine vurgu yaptığı belirtmektedir (2003: 64).

2003 yılında 5013 sayılı “Biyoloji ve Tıbbın Uygulanması Bakımından İnsan Hakları ve İnsan Haysiyetinin Korunması Sözleşmesi: İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesinin Onaylanmasının Uygun Bulunduğuna Dair Kanun” çıkarılarak Avrupa Konseyi İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesi onaylanmış, Sözleşme, Anayasanın 90'ıncı maddesi⁷ ile bağlayıcı nitelik kazanmıştır. Hastanın bilgilendirilme hakkı ve her türlü tıbbi müdahaleden önce aydınlatılmış onamının alınması gerektiği kabul edilmiştir (Duran, 2007: 28).

⁷ “Madde 90 - Türkiye Cumhuriyeti adına yabancı devletlerle ve milletlerarası kuruluşlarla yapılacak andlaşmaların onaylanması Türkiye Büyük Millet Meclisinin onaylamayı bir kanun ile uygun bulmasına bağlıdır.” (Türkiye Cumhuriyeti Anayasası Resmî Gazete yayım tarihi 9/11/1982 ve sayı 17863 (Mükerrer))

3.2.3. Aydınlatılmış Onamın Konusu ve Kapsamı

Aydınlatmada hastanın bilgi eksikliğini giderilmesi amaçlanmaktadır. Aydınlatılmış onamın konusunu, hastanın, kendisine uygulanacak tıbbi müdahaleler hakkında bilgi isteme hakkına sahip olması oluşturmaktadır. Hastanın kendi geleceğini belirleme hakkından kaynaklı olarak yeterli derecede bilgilendirilerek karar vermesinin sağlanması hedeflenmektedir. Hastaya yapılacak müdahale ister tedavi edici ister tanı koyucu olsun hastanın, içinde bulunduğu durum hakkında tam bilgilendirilerek onamının sağlıklı bir şekilde alınmasının sağlanması önemlidir.

Hekim, konulan tanı, tanıya göre uygulanması gereken tedavi yöntemi ve tedavinin başarı şansı, tedavi yönteminin seçilme nedenleri, elde edilebilecek yararları, olası yan etkileri, önerilen tedavinin kabul edilmesi halinde ortaya çıkabilecek sonuçların neler olabileceği ve başka bir tedavi seçeneği olup olmadığı konularında hastasını aydınlatmalıdır. Hastanın aydınlatma sonucunda hastalığı hususunda bilgi sahibi olmalı ve buna karşı neler yapılabileceğini de tam anlamıyla anlamış olması gerekmektedir (Ozanoğlu, 2003: 65). Onamın, hastanın serbest iradesine dayanarak gerçekleştirilmesi en uygun yöntem olarak görülmektedir. Yapılacak tüm müdahalelere hastanın iştirakinin sağlanması, aydınlatma sonrası müdahaleler hakkında kendi kararını verebilmesi gerekmektedir.

Hekimin hastayı aydınlatacağı konular; konulan tanı, nedenleri ve hastalığın seyrinin nasıl gerçekleşeceği, tanıya göre planlanması gereken tedavi yöntemi, planlanan tedavi yönteminin kapsayacağı süre, bu tedavi yönteminin seçilme nedeni, tedavinin beklenen yararları ve olası yan etkileri, tedavinin başarı şansı, önerilen tedavinin kabul edilmesi durumunda ortaya çıkabilecek sonuçlar ve başka bir tedavi seçeneği olup olmadığı, avantaj ve dezavantajlarının neler olduğu, tedaviyi kimin gerçekleştireceği ve tedavinin hastaya getireceği maddi yükün ne olacağıdır (Güzeldemir, 2005: 14). Diğer bir deyişle aydınlatılmış onamın içeriğinde hastalıkla ilgili konular ve tedavi sürecinin nasıl işleyeceğine bilgiler yer almalıdır. Aydınlatmanın hastanın sağlıklı karar verebileceği düzeyde

yapılması, hastanın farklı biçimlerde düşünmesine neden olmamak ve tedavi sürecini olumsuz yönde etkilememek için gereksiz ayrıntılardan kaçınılması gerekmektedir. Hastanın anlamadığı hususlar olduğu takdirde hekim tekrarlarında bulunmalı, soru sormasına imkân tanınarak soracağı sorular cevaplanmaya çalışılmalıdır. Aydınlatmanın konuları ayrıntılı olarak şu şekildedir:

Karar Aydınlatması: Otonomi aydınlatması, olarak da bilinene karar aydınlatması, hastanın serbest ve kendi sorumluluğunun bilincinde geleceğini belirleme hakkı olmasından kaynaklanmaktadır. Bu, güvene dayanan ilişkiyi ve bireyin kendisi ile ilgili karar verme hakkını içinde barındırmakta, yasalarca güven altına alınmış olan bu hak, kısıtlı olmayan bir kişinin bedeni üzerinde tasarrufta bulunma hakkından kaynaklanmaktadır (Silva, 1986; Ersoy, 1994).

Bu aydınlatma, hastanın tıbbi müdahale konusunda karar alma sürecinde ne derecede aydınlatılması gerektiği ve yapılan aydınlatmanın hastanın geleceğini ne derecede etkileyebileceği sorularını kapsamaktadır (Kayaer, 2012: 187). Hekim hastayı tıbbi müdahalenin uygulanmasında yan etkilerin oluşması ihtimalinde dahi aydınlatmakla yükümlüdür. Hasta bilgilendirilmesi sonrası tıbbi müdahaleye devam edilmesine dair kararı kendisi vermelidir. Bu bağlamda aydınlatma yükümlülüğünü belirleyen faktörlerden biri hastanın içinde bulunduğu durumdur. Hastanın onayının şart olduğu durum, hayati tehlike altında acil bir müdahalede bulunulmasını gerektirmeyen durumdur (Kalemoğlu, 2005: 826). Hayati tehlikenin olmanın acil bir müdahalenin gerekmediği durumlarda hekimin aydınlatma yükümlülüğü söz konusudur.

Hekimin aydınlatma yükümlülüğü müdahalenin yapılması ve yapılmamasının olası sonuçlarını da kapsamaktadır. Hekim hasta ilişkisi çerçevesinde bütün alternatifler hastaya sunulmalı, hasta özgür olarak kararını verebilmelidir. Hastanın karar verme konusunda emin olamadığı durumlarda ise hekim hastanın kararının yerine geçecek şekilde hareket etmekten kaçınılmalıdır (Hakeri, 2012: 275-277). Eğer hasta adına karar vermeyi

gerektirecek bir durum varsa hekimin alacağı tıbbi karar, hasta özerkliğinin gözardı edilmesine gerekçe oluşturmamalıdır (Ersoy ve Aydın, 1994b: 73).

Tanı Aydınlatması: Hekimin tedaviye başlamadan önce yapması gereken şey tanı koymaktır. Tanının konulması ile tedavi sürecine başlanmaktadır. Hastanın hekime başvurduğu andan başlayarak kendisi hakkında özgürce karar verme hakkını kullanabilmesi için hastalığıyla ilgili hekim tarafından tanı ve bulgular konusunda aydınlatılması gerekmektedir. Bu aydınlatma hastanın tıbbi müdahaleye rıza göstermesinde önemli bir rol oynamaktadır. Bu çerçevede hekimin hastayı muayenesi sonucu elde ettiği bulgular kapsamında ulaştığı sonuç neticesinde hastasını aydınlatması, tanı aydınlatması olarak adlandırılmaktadır (Oral, 2011: 190).

Hekim tanı kararını mesleki bilgi ve deneyimlerine dayanarak vermekte, aydınlatmada bulunmaktadır. Aydınlatmada kullanılacak bilgiler hastanın algılama kapasitesine uygun biçimde gerektiğinde bilimsel olarak açıklanmalı, hastaya kesin olarak tanı konulamadığı durumlarda hekimin durumu göz önünde bulundurarak aydınlatmanın boyutunu duruma göre belirlemelidir (Demir, 2008: 155; Karataş, 2012: 5). Hekim, kesin olarak tanı konulamadığı durumlarda hastaya durumun değişiklik gösterebileceği hususunda bilgi vermelidir. Hekim, hastanın tanı veya tedaviyi reddetmesi durumunda dahi hastayı aydınlatmakla yükümlüdür.

Tedavi Süreci Konusunda Aydınlatma: Hekim tarafından hastalığının teşhisi koyduktan sonra hastanın uygulanacak tedavi ile ilgili olarak hastayı aydınlatma yükümlülüğü bulunmaktadır. Hekim, teşhis sonucunda belirlenmiş olan fiziksel ve psikolojik bozuklukların tedavisi, bu tedavi sürecinde gerçekleştirilecek tıbbi müdahalelerin türü, biçimi ve içeriği, uygulanabilecek alternatif yöntemler, böyle bir tıbbi müdahale gerçekleştirilmemesi durumunda ortaya çıkabilecek olası olumsuz sonuçları anlatarak hastayı aydınlatmalıdır (Oral, 2011: 190). Bu işlemlere tedavi ve tedavi süreci konusunda aydınlatma adı verilmektedir. Hastanın tedavi sürecine aktif katılımının sağlanması, hekimin

tedavi sürecinde nasıl bir yol izleyeceğini konusunda hastayı aydınlatması ile mümkün olmaktadır.

Tedavi aydınlatması, hastanın hekim tarafından tavsiyeler yoluyla yönlendirilmesi, uygulanabilecek en iyi tedavinin yapılmasının sağlanması ve komplikasyonların önlenmesi ile ilgilidir (Hakeri, 2012: 285). Teşhis konulduktan sonra tedavi süreci başlamadan hasta aydınlatılmalıdır. Aydınlatma sonrası hastaya, tedaviyi kabul edip etmeme konusunda karar verebilmesi için uygun sürenin tanınması gerekmektedir.

Alternatifler Konusunda Aydınlatma: Hasta kendisi hakkında uygulanacak olan tıbbi müdahale seçeneklerini bilme hakkına sahiptir. Alternatifler konusunda aydınlatma, hastanın rızasının geçerli olabilmesi için gereklidir. Alternatifler konusunda aydınlatmanın, tıbbi standart içindeki alternatifler ya da tıbbi standart haline gelmemiş ancak geniş ölçüde uygulanan yöntemler üzerinde olması önemli bir noktadır (Hakeri, 2012: 282). Aksi takdirde tıbbi müdahaleler hukuka aykırılık teşkil edecek hekimin sorumluluğunu ortaya çıkaracaktır.

Müdahalenin Sonuçları Hakkında Aydınlatma: Yapılacak tıbbi müdahale sonucunda ortaya çıkabilecek olumsuz etkiler konusunda hekim hastasını aydınlatmakla yükümlüdür. Hekim bu aydınlatma türünde, bilinen veya bilinmesi gereken sonuçlar hakkında bilgi vermeli, objektif olmalı ve bilimsel temelli bilgiler aktarmalıdır (Erman, 2003: 110).

Tıbbi Malzeme ve İlaç Konusunda Aydınlatma: Hasta tıbbi müdahale öncesi ya da sonrasında kullanacağı ilaçlar konusunda aydınlatılmalıdır. Hekim bir ilacın kullanılması ile ilgili tüm bilgileri eksiksiz olarak hastaya anlatmak ve gerekirse bunları reçeteye yazmakla yükümlüdür (Özpınar, 2008: 290). Hekim tarafından ciddi yan etkileri olan ilaçlar konusunda özel aydınlatma yapılmalı, ilacın kullanımına dair açıklamalar yazılı olarak hastaya verilmelidir. Hekimin aydınlatma yapması gereken bir diğer husus, ilacın

ortaya çıkaracağı etkiler, sık karşılaşılan yan etkileri ve ciddi yan etkileridir. İlacın tehlikeliği ile doğru orantılı olarak aydınlatmanın kapsamının geniş tutulması gerekmektedir. Hekim ilacın kullanımı ve yan etkileri konusunda bilgi verme eksikliğinden dolayı ortaya çıkan sonuçlardan sorumludur, ilaç firmasının verdiği tanıtıcı bilgilerin hasta tarafından okunmamış olması hekimin sorumluluğunu ortadan kaldırmamaktadır (Özpinar, 2008: 290). Tıbbi müdahalede kullanılacak malzeme konusunda da hasta aydınlatılmalıdır. Hastanın kullanılacak malzemenin özellikleri konusunda bilgilendirilmesi müdahale sonucu ortaya çıkabilecek sorunlara karşı önlem alınmasını da sağlamaktadır.

Riziko Aydınlatması: Riziko aydınlatması, tedavi yöntemi kapsamında gerçekleştirilecek tıbbi müdahalenin türü, amacı, konusu, kapsamı, sınırları ve bunlara bağlı olarak ortaya çıkabilecek olası tehlikeleri içermektedir (Demir, 2008: 158). Hastanın tıbbi müdahale konusunda rızasının geçerli olması için karşılaşılabileceği riskler konusunda aydınlatılmış olması gerekmektedir. Bu çerçevede hekimin hastayı aydınlatma yükümlülüğü, olası komplikasyonlar, cerrahi durumunda cerrahiye bağlı genel riskler ile hastanın bünyesinden kaynaklanabilecek ağır ve kalıcı bazı tehlikeli sonuçları içermektedir. Hekimin yapacağı aydınlatmanın içeriğini ve kapsamı risklerin ağırlığı ve oluşma oranlarındaki farklılıklardan etkilenmektedir (Duysak, 2009: 27). Riskler konusunda aydınlatma yapılırken risklerin hastaya nasıl anlatıldığı ve kapsamı önem taşımaktadır. Rizikonun büyüklüğüne, bağlı olarak aydınlatılmanın kapsamı da o derecede genişletilmelidir (Demir, 2008: 158).

Aydınlatmanın için kapsamı genel geçer bir kural yoktur ve yapılacak tıbbi müdahalenin niteliğine göre hasta ile hangi bilgilerin ne ölçüde paylaşılacağı değişkenlik göstermektedir. Bu çerçevede uygulanacak tıbbi müdahalenin özellikleri aydınlatmanın kapsamını belirleyen unsur olarak karşımıza çıkmaktadır. Ayrıca aydınlatmanın kapsamı bakımından belirleyici olan diğer unsurlar, tıbbi müdahalenin gerekliliği ve rizikoların durumudur. Diğer bir deyişle hastaya uygulanacak tıbbi müdahalenin tehlike derecesi ve

doğacak yan etkilerin yoğunluğu hekimin aydınlatma yükümlülüğünün kapsamını belirlemektedir. Tıbbi müdahalenin ve tedavinin içeriği, hastalığın teşhisi ve tedavisinin ne şekilde gerçekleştirileceği, ilaç ya da cerrahi yöntemlerinden hangisinin seçileceği, oluşabilecek riskler ve tedavi sonrası alınacak önlemler, tedavide başarı şansı, tedavinin süresi, hastanın eğer varsa tereddütlerinin ortadan kaldırılması ve tedavinin mali boyutlarına yönelik olarak hastanın sağlıklı karar verebilecek düzeyde aydınlatması aydınlatma kapsamında yer almaktadır (Kızılyel, 2008: 211).

Tıbbi müdahalenin tehlike oranıyla doğru orantılı olarak aydınlatmanın kapsamının belirlenmesi gerekmektedir. Tıbbi müdahalenin içerdiği tehlike oranında aydınlatmanın kapsamı genişletilmeli, ayrıntılı bir bilgilendirme yapılmalıdır. Tıbbi müdahalenin acilliği, komplikasyonun ne kadar olduğu ve riskler, tedavi alternatifleri ile hastanın özel durumu aydınlatmanın kapsamını belirlemektedir. Aydınlatma kapsamını somut olayın özellikleri belirlemekte, bu somut olayın özellikleri göz önünde bulundurularak planlanan tıbbi müdahale hakkında hastanın hekim tarafından özgürce karar alabilecek bilgi düzeyine ulaşacak şekilde aydınlatması gerekmektedir. Hekim tarafından hasta ve hastalığının özelliğine göre bilgilendirme yöntemlerini kullanmalıdır.

Tıbbi müdahalenin gerektirdiği özel durumlar ile hastanın bilgi ve anlayış düzeyi de kapsamı belirlemede rol oynamaktadır (Başkan, 2006: 12). Bu çerçevede hastanın sağlık durumu, yaşı, anlama yeteneği, eğitim düzeyi, ruhsal durumu, kültürel, sosyal ve manevi durumu aydınlatılma yapılırken dikkate alınması gereken unsurlar olarak karşımıza çıkmaktadır. Aydınlatmanın kapsamı hastanın bilgi düzeyine göre genişletilip daraltılmalı; gerektiği takdirde aydınlatma kapsamına hastanın isteği doğrultusunda yön verilmelidir. Kapsam ne hastada bilgi kirliliğine yol açacak kadar geniş ne de hastanın bilgi sahibi olamayacağı kadar dar olmalıdır. Aydınlatılmanın yapılabilmesi, hastanın kendi-

sine uygulanacak tıbbi müdahalenin özelliklerini ve önemini anlayabilecek, fayda ve zararlarını değerlendirerek özgürce karar verebilecek durumda olmasına bağlıdır (Boran, 2008: 100).

3.2.4. Aydınlatma Yükümlüsü ve Aydınlatılacak Kişi

Aydınlatma yükümlüsü hekimdir. Yükümlü olma durumu, hekimin hasta ile arasında yapılan vekalet sözleşmesinin bir tarafı olmasından kaynaklanmaktadır. Hekim aydınlatılmış onamın yükümlüsü; hasta da sözleşmenin diğer tarafı olan aydınlatılacak kişidir. Hekim, kişinin fiziksel, bedensel, psikolojik ve sosyal olarak iyilik halini sağlarken, iyilik hali bozulmuş kişilerin de acısını azaltıp, durumunu düzeltme amacı güden pratisyen ya da uzman kişi olarak tanımlanmaktadır (Varol, 2009: 376). Tıp kuralları çerçevesinde doğru teşhisi koyup, teşhise uygun bir tedavi tavsiye edip, gerekli tedbirleri alarak söz konusu tedaviyi uygulamak hekimin görevidir (Kaya, 2012: 5). Hekimin uyguladığı standart uygulamalar arasında; hastanın sağlıkla ilgili öyküsünün alınması, muayene edilmesi, tanı yöntemlerinin kullanılması, hastanın bilgilendirilmesi ve aydınlatılmış onamının alınması, hastaya müdahalede bulunulması, hastanın takip ve kontrollerinin yapılması bulunmaktadır (Varol, 2009: 379).

Aydınlatma, uygulanacak tıbbi müdahalenin şekline göre farklılıklar göstermektedir. Bu durum hekimin hukuki sorumluluğunu da etkilemektedir. Tıbbi müdahale şekilleri şu şekilde tanımlanmaktadır: Planlı tıbbi müdahaleler, hasta ve hekimin iletişim halinde olduğu planlanarak yapılan, elektif müdahaleleri de içeren işlemlerdir. Acil tıbbi müdahaleler, acil müdahaleyi gerektiren, müdahale edilmemesi durumunda hastada kalıcı hasarlara neden olabilecek ya da ölümle sonuçlanabilecek durumun bertaraf edilmesi için yapılan müdahalelerdir (Kıcalıoğlu, 2011: 14). Hastanın iradesi dışında müdahalelerin gerektiği durumlar söz konusu olmaktadır. Yapılış şekline göre tıbbi müdahaleler, cerrahi

müdahaleler olup organ veya dokular üzerinde fiziki değişiklikler meydana getirerek yapılan organizmadaki bozuklukları gidermeye yönelik uygulamalardır (Gürelli, 1979: 271). Mutlak olarak iyileştirme amacına yönelik olan tıbbi müdahaleler ise hastanın vücut bütünlüğüne yönelik uygulanan tıbbi müdahale ile bozulan sağlığının yerine getirmektir (Kayaer, 2012: 49). Tıbbi müdahalede bulunulacak hasta, kendisinden rıza alınması gereken kişidir. Hastanın gönüllülük esasına dayanarak, baskı altında kalmadan tedaviyi kabul ettiğinden emin olmak hekim için önem arz etmektedir. Hastanın tıbbi müdahaleye izin vermesi veyahut müdahaleyi reddetmesi hastanın özgür iradesiyle kurumlar ya da kişilerin zorlaması olmaksızın gerçekleşmelidir (Erdoğan vd., 2011: 166). Ancak yukarıda da belirttiğimiz üzere tıbbi müdahalenin türüne bağlı olarak hasta rızasının her zaman alınamayacağı durumlar ortaya çıkmaktadır.

Tedavi için rızası alınacak hastanın rıza ehliyetine sahip olması gerekmektedir. Rıza ehliyeti yoksa yerine yasal temsilcisinin tıbbi müdahaleye rıza göstermesi gerekmektedir (Özcan ve Özel, 2007: 67). Hasta eğer reşit değilse ve kısıtlı ise aydınlatmanın yapılacağı ve onam verecek kişi hastanın kanuni temsilcisi olarak karşımıza çıkmaktadır. Tıbbi uygulama süresinde veya sonrasında tıbbi açıdan olumsuz sonuçların ortaya çıkma olasılığı varsa hastanın yakınlarının bilgilendirilmesi gerekmektedir. Hasta aydınlatma yükümlülüğü içinde bulunan noktalar üzerinde tümüyle bilgi sahibi olmak yerine, bu çerçevede seçimi hekime bırakmak isteyebilmektedir (Erman, 2003: 116). Eğer hastanın aydınlatılmış onam vermek için uygun kapasitesi bulunmuyorsa hasta ihtiyaçlarını korumak ön plana çıkmakta, hastanın yararı gözetilmektedir.

Hastanın, farklı farklı hekimler tarafından tedavi edilmesi durumunda hastanın tedavi sürecinde bulunan her hekim hastayı aydınlatmakla yükümlüdür (Çilingiroğlu, 1993: 70). Eğer hekim doğrudan tedavi sürecine katılmıyor hasta için sadece belirli bir tedavi yöntemi öneriyor, bu konuda bilgiler veriyor olsa bile aydınlatma yükümlülüğü altındadır. Hekim dışında kalan diğer sağlık personelinin kendi sorumluluklarında yapacakları

işlemler için hastaya bilgi verme zorunluluğu vardır ancak hastayı aydınlatma yükümlülükleri bulunmamaktadır. Yardımcı sağlık personeli aydınlatılmış onam görevini hekimden devralamazken başka bir hekim bu görevi devralabilmektedir. Aydınlatma, tıbbi müdahalede bulunacak kişi tarafından gerçekleştirilmesi gereken bir yükümlülük olması dolayısıyla tıbbi hatalar ihmal, dikkatsizlik ve özensizlik durumunda ortaya çıkacak problemlerden kaynaklanmaktadır (Savaş, 2011: 42).

Tedavi, hekim tarafından aydınlatılmış onam sürecinde yer alarak etik açıdan mesleki bilinç ve yargılarının dışında başka hiçbir şeyden etkilenmeden uygulanmalıdır. Belirtilmesi gereken bir diğer nokta, hekim, tedavi sürecinde aydınlatmanın yanlış uygulandığı, hastanın lehine veya aleyhine yeni gelişmeler ortaya çıktığı durumlarda aydınlatmayı düzeltme ile yükümlüdür (Hakeri, 2012: 321). Aydınlatılmış onam çerçevesinde hekim sorumluluğunun en önemli belirleyicisi hasta ve dolayısıyla hekim-hasta ilişkisi ve bu ilişkinin biçimi olarak görülmektedir. Hekim bu çerçevede tıbbi etik açısından insan olarak kendisine, hastalarına, meslektaşlarına ve topluma karşı sorumludur. Hekimin hastasına zarar vermemesi, hekimin en temel sorumluluğudur. Tedavi sürecinde hekimin belli bir sorumluluğu olması onun tam anlamıyla belirleyici olmadığına işaret etmektedir ki bu durum hekimin, hastanın özerkliği ile ilgili bir sorumluluğu olduğunu göstermektedir. Diğer bir deyişle hekim, hastanın kendisiyle ilgili özerk olarak karar vermesini korumakla yükümlüdür.

Hastanın, kanuni istisnaları dışında, karşılaşılabileceği olumsuz sonuçların sorumluluğunu almak koşuluyla kendisine uygulanması planlanan ya da uygulanmakta olan tedaviyi reddetme veya durdurulmasını isteme hakkı bulunmaktadır (Aydın, 2003: 39). Kişinin, özerklik hakkından dolayı eğer müdahalenin durdurulması hastanın ölümü veya ciddi sağlık zararlarına yol açmayacaksa verilen rıza açıklamasına dayanılarak yapılan tıbbi müdahalenin işlemi yapan kişiler tarafından durdurulması zorunludur (Cassani,

2008: 245-246). Özerkliği koruma durumu ise hekimin adil olması ile sınırlandırılmaktadır. Söz konusu olan tıbbi müdahaleyi sonlandırma kararı ise hekimin, hastanın iradesi ve tıp biliminin gerekleri arasında bir denge kurmak, hastanın sağlığını korumak ve devam ettirmek yönünde hareket etmesi gerekmektedir. Özerklik ilkesine uygun davranılmasını, hekim ve hasta arasında kurulan ilişkinin türü etkilemektedir. Hekimle hasta arasındaki ilişki biçimlerini; etkinlik ve edilginliğe dayalı ilişki, yol gösterme ve iş birliği temeline dayanan ilişki, karşılıklı katılım temeline dayanan ilişki şeklinde belirlemiştir (Szasz vd., 1958: 522-528). Karşılıklı katılım temeline dayanan ilişki; hastanın tedavi için uygun seçimin belirgin olmadığı, yaşam biçimi ve davranışlarında önemli değişiklikler yapmasının ve yetersizlik ya da sakatlıkla birlikte yaşamayı öğrenmesinin gerekli olduğu, durumlarda önem arz etmektedir (Szasz ve Hollender, 1956: 585-592). Bu durumda hekim-hasta ilişkisinde iletişimin nasıl sağlandığı önemli bir özellik olarak karşımıza çıkmaktadır.

Hekimi merkeze alan ilişki biçiminde hasta ile geçirilen zamanın az olması ve gerçek insani bir ilişki kurulmaması hastanın duygularına zaman ayrılmaması söz konusuysa hastayı merkeze alan ilişki biçiminde hastayla iletişim kurmak, hastanın endişelerini yorumlamak, hastaya açıklamada ve geri bildirimde bulunmak söz konusudur (Oğuz, 1995: 62). Hekim ve hasta ilişkisini belirleyen ise sadece hekim değil, hekimin uzmanlık dalı, hekim ve hastanın benimsediği "hastalık" kavramı, bilgi, inanç ve tutumları, iletişim becerileri, ruhsal yapıları ve ilişkiden beklentileri, ilişkinin gerçekleştiği ortam ve zaman ile tıbbın yapısı ve tedavi biçimleri, ekonomik faktörler, hekim başına düşen hasta sayısı ve toplumun hekim-hasta ilişkisine bakışıdır (Örs, 1975).

Tarihsel süreç içinde hasta hakları kavramının gelişimine paralel olarak hekimin sahip olduğu yetki sorgulanmaya başlanmış, hekimin hastayı özerk karar vermesine yetecek kadar bilgilendirmesi zorunlu tutulmuş, hekimin sahip olduğu erki bilgiyi paylaşmak yoluyla hastayla paylaşması sağlanmıştır. Hekim-hasta ilişkisi bağlamında güven

kavramı da hekimin hasta için en uygun kararı vermesini sağlayacak bilgi ve seçme şansını ona sağlamak ve uygulamakla yükümlü kişi olmasından kaynaklanmaktadır. Hasta-hekim ilişkisi içinde iki yönlü bir bilgi akışı gerçekleşmekte, bu akışın büyük bir bölümünü de hekimden hastaya yönelen bilgi akışı oluşturmaktadır (Oğuz, 1995: 63). Diğer yandan hasta da bilgiyi istemek, algılayabilmek, anlamak, yorumlayabilmek, kullanmak, geri bildirimde bulunmak, bilginin ve sağlığının sorumluluğunu taşımak görevlerine sahiptir.

3.2.5. Aydınlatmanın Zamanı ve Şekli

Tıbbi müdahalelerde aydınlatma zamanı önemlidir. Aydınlatılmış onamın, kural olarak tıbbi müdahaleden önce alınması gerekmektedir. Aydınlatılmış onam tıbbi müdahalenin başından başlangıç aşamasından başlayarak müdahalenin sonuna kadar devam etmelidir. Tıbbi müdahalenin çeşidine bağlı olarak aydınlatılmış onamın zamanı değişiklik gösterebilmektedir. Aydınlatma zamanının belirlenmesinde somut olayın niteliği önemli bir faktördür (Ozanoğlu, 2003: 73).

Hastanın tam olarak kavrama ve karar verme yeteneğine sahip olduğu an, aydınlatma için uygun bir zaman olarak görülmektedir. Hasta bilgilendirildikten düşünmesi, üçüncü kişiler ve yakınlarına danışarak seçenekleri değerlendirmesi için zamana sahip olmalıdır. Hekimin aydınlatma yükümlülüğü, hastanın hekime başvurduğu andan itibaren başlamakta, hastaya uygulanacak her müdahale için geçerli olmaktadır. Aydınlatmanın müdahalenin hemen öncesinde veya müdahale sırasında yapılması, tıbbi müdahalenin aciliyeti ve tedavinin risklerine bağlı olarak değişebilmektedir (Işık Özcan, 2008: 97). Ancak aydınlatmanın zamanı bağlamında sürekli olarak yapılan bir aydınlatmanın daha uygun bir uygulama olacağı böylece hastanın tedavi sürecinin her aşamasında aydınlatılacağı düşünülmektedir. Bu, hastanın hastalığıyla ilgili bulgular, tanı ve tedavinin riskleri konusunda sürekli aydınlatılmasını içermektedir (Kayaer, 2012: 213).

Aydınlatmanın tedavinin süreci başlamadan yapılmasının, daha etkili olduğu belirtilmektedir. Hekimin takdirine bağlı olarak aydınlatmanın yazılı ya da sözlü yapılması mümkündür (Hakeri, 2010: 132; Özcan, 2017: 100; Erman, 2003:104; Hatırnaz Erol, 2009: 67; Oral, 2017: 193-194; Adıgüzel, 2017: 963; Demirel, 2017: 100). Ancak en uygun şekil aydınlatılmış onamın, hastanın sözlü olarak bilgilendirilmesini müteakip yazılı olarak alınmasıdır. Aydınlatmanın sadece yazılı olması hastanın metni anlamama riski, aydınlatılması gereken konulardaki sorularının cevaplanamaması, hastaya gerekli olmayan bilgilerin de kendisine sunulması, güvensizlik duygusu da yaratabilme ihtimali nedeniyle eleştirilmektedir (Özcan, 2017: 100; Hatırnaz Erol, 2009: 67).

Aydınlatılmış onamların sözlü olarak alındıktan sonra yazılı belge haline getirilmesi gerekmektedir (Kıcalıoğlu, 2011: 110; Yıldırım, 2015: 97). Alınan onam sadece aydınlatılan konu üzerinde önerilen tedavi için geçerli olmaktadır. Hastanın aydınlatılmasını müteakip isterse farklı hekimlere de danışarak tıbbi müdahaleye özgür irade ile karar verebilmesi için kendisine düşünme süresi tanınması gerekmekte, karar verme süresi de hastaya bildirilmelidir.

Tıbbi müdahaleler için sağlık kurumlarının belirlediği aydınlatılmış onam formları, acil olmayan olağan müdahalelerde az bir hafta önce hastanın kendisi veya temsilcisine tarih atılarak imza karşılığı verilmelidir. Söz konusu sürenin bitiminde hastanın tercih ettiği bir zamanda tıbbi müdahalede bulunacak hekim, bir sağlık personelinin şahitliğinde hasta ve yakınlarına uygulanacak müdahaleyi, müdahalenin alternatifleri, riskleri, müdahale edilmemesi durumunda karşılaşılabilecek sonuçları anlatmalıdır. Tedavi planı hasta ve hekim iş birliğinde hastanın kararına göre şekillenmelidir (Akyıldız, 2010: 19). Hukuki anlamda aydınlatılmış onam sürecinin geçerli olması hasta ya da hasta yakınlarının tam olarak aydınlatılmasına bağlıdır. Sözlü aydınlatma sonrası hazırlanan yazılı onam formlarında operasyonun adı, doktorun adı, tarih, ad, soyad gibi bilgiler hasta tarafından

doldurulmalı, hastanın müdahale hakkında yeterli olarak bilgilendirildiği el yazısı ile beyan edilerek imzalamalıdır (Kıcalıoğlu, 2011: 1). Söz konusu formdan üç nüsha hazırlanarak hastaya, hekime ve kuruma verilmeli, hasta dosyalarında muhafaza edilmelidir. Gereklı görülen durumlarda hekim tarafından hastanın algılama düzeyine uygun olarak sorular sorulmalı, hastanın soruları yanıtlaması beklenmelidir. Hasta da hekime soru sorabilmeli, hastanın soruları yanıtlanıp şüpheleri giderilene kadar bu soru, cevap durumu devam etmelidir (Savaş, 2011: 40).

Aydınlatmanın şekli hekimin iradesine bağılı olarak değışiklik gösterebilmektedir. Mevcut uygulamalarda hastanın genellikle sözel olarak aydınlatıldığı görülmekte, tanı konulmasını müteakip hekimin yapacağı tedavi hakkında aydınlatmada bulunması söz konusu olmaktadır (Özaslan, 2006: 44). Tıbbi müdahaleyi yapacak olan hekim ile hastanın bir araya gelerek aydınlatmayı gerçekleştirmesi uygun bir yöntemdir. Sözlü bilgilendirmenin yanında yazılı şekilde yapılan aydınlatma hem sözlü aydınlatma için hazırlayıcı nitelik taşıması hem de aydınlatma yükümlülüğünün tam olarak yerine getirildiğinin ispatı hususunda kolaylık sağlaması açısından faydalıdır (Özcan, 2017: 101; Güven, 2010: 32).

Hastanın tüm bilgilerinin formda bulunmasının yanı sıra özellikli durumlar da formun içeriğine eklenmek zorundadır. Hastanın aydınlatılması sürecinde hekimin, hasta tarafından anlaşılması için hastanın bilgi ve eğitim düzeyini göz önünde bulundurması sadece genel ve soyut hususlara değinmekle sınırlı kalmayıp müdahalenin kendine özgü özelliklerinden de bahsetmesi gerekmektedir. Hekim ve hasta arasında onam sürecinde girilen diyalogun, hastanın endişelerinin azalması ve hekim ile hasta arasındaki güvenin güçlenmesine katkı sağlayacağı değerlendirilmektedir (Tümer vd., 2011: 196). Aydınlatmanın anlam taşıması her hasta ve hastalığa özgü olarak hastanın anlayabileceğı şekilde yapılıp yapılmamasına bağılıdır.

3.2.6. Aydınlatmanın Sınırlılıkları ve İstisnaları

Aydınlatma, hastanın tıbbi müdahale konusunda bilgi eksikliğini gidermeyi amaçlamaktadır. Aydınlatmada hekim ve hastanın karşılıklı iletişimi önemlidir. Her iki tarafın birbirini net bir şekilde anlaması gerekmektedir. Onam verme hususunda, hastanın kararını etkileyebilecek hekim tarafından hastaya bildirmelidir. Hasta hekim tarafından genel hatlarıyla ve psikolojinin el verdiği ölçüde bir aydınlatmada bulunmalıdır (Wiegand, 1993: 142'den aktaran: Oral, 2011: 192). Bu durum aydınlatmanın geniş ve detaylı olmasının her zaman doğru olduğu anlamına gelmemektedir. Çok detaylı bir aydınlatmada hastanın kafasının karışmasına neden olabilmektedir. Bu nedenle aydınlatma genel olmalı ve hastanın kafasındaki soru işaretlerini gidermeli, hastanın konu hakkındaki soruları da dinlenip, cevaplanarak gerekirse detaya girilmelidir. Bazı durumlarda ise hekimin hastayı aydınlatma sorumluluğu ortadan kalkmaktadır. Tıbbi ve insani nedenlerle aydınlatılmış onam alınmadan gerçekleştirilen tıbbi müdahalelerde durumun hekim tarafından geçerli bir nedene dayandığı belgelenmek zorundadır. Hastanın tıbbi müdahale için izin vermesi ya da yapılacak müdahaleyi reddetmesi özgür iradesiyle, hiçbir baskı altında kalmadan gerçekleşmelidir. Ancak hekim, hasta herhangi bir sebeple aydınlatılmak istemediğinde, aydınlatılma hakkından feragat ettiğinde hastanın geçerli bir sebebi olup olmadığını değerlendirmeli, gerekirse hastanın bir yakınına danışıp, onu bilgilendirmeli, sorumluluğu ispatı için yazılı belgeler hazırlamalıdır.

Diğer bir nokta ise hastanın aydınlatılma seçimini hekime bırakması durumudur. Bu durum hekimin aydınlatma ödevinden kurtulmasına yol açmakla beraber hekimin hastanın aydınlatma hakkından vazgeçtiğini ispatlama sorumluluğunu ortadan kaldırmamaktadır. Hekimlik Meslek Etiği Kurallarında: “Hasta hastalığı konusunda bilgilendirilmek istemediğini belirtmişse, hekimin bilgi vermesi gerekmez.” (TTB, 2012) şeklinde bir ifade yer almaktadır. Bazı durumlarda örneğin, hastanın tanı ya da tedavi ile ilgili aydınlatılmasının içinde bulunduğu durumu ve tedavi sürecini olumsuz yönde etkiliyorsa

hekim, hastanın sağlayacağı yararı değerlendirip, iyileşmesini amaçlayarak aydınlatmada bulunmayabilmekte, aydınlatma sorumluluğu ortadan kalkması söz konusu olabilmektedir. Hastanın bilgi almak istemediğini açıkça ortaya koyan kişisel isteği ve haklı sebepleri olması gerekmektedir. Hastanın bu isteğini bildiren bir cümlesi ile imzası onam formuna eklenmeli, tanık olarak üçüncü bir kişinin dahil edilmesi ile imzası alınmalıdır. Hasta eğer bilgilendirmenin bir yakınına yapılmasını istiyorsa bilgilendirme yapılacak kişiyi kendi belirlemeli, bilgilendirmenin başka birine yapılmasını yazılı olarak belirtmeli ve imzalamalıdır (Yıldırım, 2015: 89).

Hastanın kendisinin değil de başkasının bilgilendirilmesini istemesi veya sadece müdahale ile ilgili karar verici pozisyonda olmayı istemesi de imkân dahilindedir. Hekimin aydınlatma zorunluluğunun azaldığı durumlar acil tıbbi müdahale yapılması gereken durumlardır. Buradaki zorunluluk durumu gecikmeksizin tıbbi müdahalede bulunulmadığı takdirde hastanın yaşamının tehlikeye girmesidir (Özcan ve Özel, 2007: 65). Burada önemli olan nokta tıbbi müdahalenin uygulanmasının, uygulanmamasından ötürü ortaya çıkacak sonuçlardan daha üstün yarar sağlayacak olmasıdır. Diğer yönden acil durumdaki bir hastanın bilinci yerinde olmasına rağmen yaşadığı durumdan dolayı karar verme kapasitesi etkileniyorsa tıbbi açıdan yeterliliğinin, dolayısıyla aydınlatılmış onam verme kapasitesinin değerlendirilmesi gerekmektedir. Hastanın bilinci açık olsa da hekim eğer hastanın tıbbi yeterliliğe sahip olmadığı kanısına varırsa aydınlatılmış onam almak için vekil bulmak durumundadır (Ersoy vd., 2010: 2).

Acil müdahaleler yani hekimin aydınlatma ve onam alma ile zaman kaybetmemesi gereken durumlarda hekimin aydınlatma sorumluluğu daralabilmekte, yapılan müdahale hukuka uygun hale gelebilmektedir. Tıbbi müdahale sonrası ortaya çıkması düşük olasılıkta olan ve hastanın rızasını etkilemeyecek yan etkiler hususunda hekim hastayı aydınlatma yükümlülüğü bulunmamaktadır. Yan etkiler konusunda hekimin aydınlatma yü-

kümlülüğünün ortadan kalkması ise hastalığın doğal seyrinin, tıbbi müdahale sonucu oluşabilecek yan etkilerden daha olumsuz sonuçlar ortaya çıkarmasına bağlıdır (Özcan ve Özel, 2007: 64-65). Hekimin yapması gereken aydınlatma ile tıbbi müdahalede bulunma sorumluluğu arasında kuracağı dengeyi hasta haklarının korunması lehine belirlemek olacaktır (Yavuz İpekyüz, 2006: 83).

Aydınlatma olmaksızın yapılan tıbbi müdahalenin bir başka koşulu ise kamu sağlığının korunmasıdır. Toplum bir hastanın hastalığı sebebiyle ciddi boyutta tehlike altına giriyorsa burada yasal sorumluluk ortaya çıkmakta, hekimin böyle durumda tıbbi müdahalede bulunmaması hekimi suçlu konuma getirmektedir. “Türk Medeni Kanunu” 24’üncü madde 2’inci fıkrada yer alan: “Kişilik hakkı zedelenen kimsenin rızası, daha üstün nitelikte özel veya kamusal yarar ya da kanunun verdiği yetkinin kullanılması sebeplerinden biriyle haklı kılınmadıkça, kişilik haklarına yapılan her saldırı hukuka aykırıdır.” (TMK, 2001: madde 4) ibaresinden yola çıkarak burada daha üstün nitelikte kamusal yarar ve daha üstün nitelikteki özel yararın tıbbi müdahaleyi hukuka uygun kılan hallerinin yorumlanmasının mümkün olduğu ortaya çıkmaktadır (Oral, 2011: 203; Okyay vd., 2015: 157).

Hastalığın kamu sağlığını tehdit etmesi veya hastalığın tedavi edilmesinin yasalarla zorunlu kılınmış olması hasta ya da yasal temsilcisinin onamı alınmadan tedavi yapılmasını mümkün kılmaktadır. “Tıbbi Deontoloji Tüzüğü” 14’üncü maddede sonucu ölümcül olacak bir hastalıkta ya da hekimin hastanın sağlığına olumlu katkı sunamadığı durumlarda hastanın acısını azaltılmaya çalışılması, bilgilendirmenin ise hasta aktarılabilecek bilgiden zarar görmeyecek durumdaysa yapılabileceği, kötü prognoz ve hastalığın ağırlaşacak seyri hakkında bilgi verilmesi önerilmemektedir (Güvercin, 2007: 91-92). Ancak hekimin, hastanın yakınlarının bilgilendirilebileceği ifade edilmiştir. Küçükler, temyiz kudretinden yoksun, kısıtlı bireylerde aydınlatılmış onamın istisnaları bulunmaktadır.

Küçük ve kısıtlılar temyiz kudretine sahip ise hem kendilerinin hem de onların yasal temsilcilerinin aydınlatılması gerekmekte; tam ehliyetsizler ise yasal temsilcinin aydınlatılması ve onayına ihtiyaç duyulmaktadır (Ozanoğlu, 2003: 72). Bu çerçevede her somut olay için değerlendirme yapılması, ilgilinin durumunun incelenerek verdiği kararın etki ve sonuçlarını değerlendirip değerlendiremeyeceğinin belirlenmesi gerekecektir (Özgül, 2010: 207; Gökcan, 2013: 158).

Küçüğe ya da kısıtlıya acil müdahale gerektiren durumlarda hastanın yararı gözeltmelidir. Acil durumlarda yani hasta için hayati önem taşıyan müdahaleye ilişkin onam, en kısa zamanda yasal temsilciden alınmalı eğer yasal temsilci yoksa ve acil müdahale gerekiyorsa önceden hastanın bu girişimi reddettiğini gösteren bir açıklaması bulunmuyorsa hastanın onayı olduğu varsayılarak tıbbi müdahalede bulunulabilmektedir. Yasal temsilciden ya da mahkemenin izin alınmasının zaman kaybına yol açacağı acil durumlarda, hekim onam aranmaksızın hastanın üstün yararını gözeterek müdahalede bulunabilmektedir (Ersoy vd., 2010: 6; Özcan ve Özel, 2007: 65).

Aydınlatılmış onam konusunda psikiyatri hastalarının durumu diğer hastalardan farklıdır. Psikiyatrik hastalıklarda hastanın kendisi ya da çevresindekilere zarar verme olasılığının söz konusu olduğu durumlar ortaya çıkabilmektedir. Bu durumda hekimin tanı ve tıbbi müdahale açısından hızlı davranması elzemdir. Hastanın yeterli olması durumunda psikiyatrik bozukluğu olsa da özerkliğine saygı ilkesi gereği tedavi ya da müdahaleye başlamadan önce aydınlatılmış onam alması zorunlu olmakla beraber baskı ve zorlama olmaksızın hastanın onamı alınmalıdır (Ersoy, 2010; Grisso ve Appelbaum, 1998; Peele ve Chadoff, 1999). Ancak İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesi'nin 6'ncı maddesinin 3'üncü fıkrasında şu ifade yer almaktadır:

“Bir yetişkin yasal olarak akıl hastalığı ve bir hastalık veya başka nedenlerden dolayı müdahaleye muvakkat etme yeteneğine sahip değilse, ancak temsilcisinin veya kanun tarafından belirlenen yetkili makam, kişi veya kurumun izni ile müdahalede bulunabilir.” (Avrupa Konseyi, 1997)

Durumun istisnası ise tıbbî müdahalede bulunulmasının aciliyeti ve psikiyatrik bozukluğu olan kişinin tedavi yapılmadığı takdirde ciddi zarar görecektir olması olup bu durumda onam alınmadan psikiyatrik bozukluğun tedavi edilebileceği belirtilmiştir (Özbilen, 2013: 103; Ersoy vd., 2010: 5). Diğer yandan hekim tarafından hastanın psikolojik durumu, aydınlatmanın olumsuz sonuçlar ortaya çıkarabileceği, aydınlatmanın tedaviye zarar verme ihtimali ya da üçüncü kişilerin zarar görme olasılığı göz önünde bulundurularak aydınlatma kapsamının daraltılması ya da aydınlatmadan tamamen vazgeçilmesi mümkün olmaktadır (Özsunay, 1983: 46-47; Erman, 2003: 118-119; Öztürkler, 2006: 76; Hakeri, 2007: 140-141).

Uygulanacak tedavinin sık görülmeyen ancak hastanın yaşamını tehdit edici unsurları bulunması durumunda etik ve hukuki açıdan kişinin yaşam hakkının göz önünde bulundurulması gerekmektedir. Vesayet altındaki hastanın ise vasisinin kararına başvurulması gerekmektedir. Burada önemli olan nokta ise hastanın vekili olan kişinin hem karar verme yeterliliğinin bulunması hem de hastanın yerine kendini koyarak hastanın istek, duygu, düşünce, hak ve yararını koruyarak karar almasıdır (Kalaça, 1994; Ersoy, 2003; Nys, 2004). Bazı durumlarda ise hastanın onamı olduğu kabul edilerek ona göre tıbbi müdahalede bulunulmaktadır. Buna varsayılan rıza denilmektedir. “Varsayılan rıza sadece ilgilinin ya da yasal temsilcisinin gerçek rızasının olmadığı durumda devreye girebilecek olan bir hukuka uygunluk nedenidir. Varsayılan rıza, gerçek rıza karşısında ikincil niteliktedir.” (Kangal, 2011: 233) Söz konusu onam, hastanın onamının alınmadığı, yasal temsilcisine ulaşılamadığı durumlarda hastanın menfaatine olacak şekilde gerçek iradesi üzerinde tahminde bulunularak uygulanmakta, hastanın yararı müdahalenin hukuka uygunluk nedenini oluşturmaktadır (Yenener Çakmut, 2003: 211; Erman, 2003: 139). Bu onam türünün geçerli olması, hastanın onamının alınmadığı, hastaya tedavi ya da tıbbi müdahale için onamı olup olmadığı sorulduğunda, onam vereceğinin kabul edildiği durumlara bağlı olmaktadır.

Tanısal işlemlerin gerçekleştirilme aşamalarında varsayılan onam olmasına rağmen hasta mutlaka aydınlatılmalıdır. Tıbbi müdahalelerde hastaların istekleri göz önünde bulundurulsa da hastanın istekleri kendine zarar verecek düzeydeyse hekim bu istekleri reddetmekle yükümlüdür. Burada önemli olan nokta uygulanacak müdahalenin hastanın yararına olmasıdır. Hekimin yükümlülüğü, hastanın yaşam hakkını en üst düzeyde tutarak hastayı kurtarmak adına tıbbi müdahalelerde bulunmaktır.

3.3. Sezaryen

Sezaryen, çeşitli nedenlere bağlı olarak (pelvik uyumsuzluk, fetal prezantasyon ve pozisyon bozuklukları vb.) doğum olayının vajinal yolla gerçekleşmemesi; abdominal ve uterus duvarlarındaki kesi yoluyla fetus, plasenta ile membranların, doğurtulması biçiminde tanımlanmaktadır (Ataç, vd, 2004: 270; Karabel, vd., 2017: 158). “Seksiyo”, “kesmek” anlamına gelmekte olup Latince kesmek manasına gelen “caedere” kelimesinden sezaryen kelimesinin üretilmiş olabileceği de ifade edilmektedir (London, 2009; Berkman, 2004; Gözükara, 2006). Sezaryen vajinal doğumun imkânsız veya tehlikeli olduğu durumlarda gebe ve bebğin hayatını kurtarmak, gebe ve çocuk ölümü ya da sakat doğum riskini azaltmak için yapılan bir operasyonken riski düşük fetusun hayatını kurtarmaya yarayan bir operasyon olarak görülmeye başlanmış; gebe, bebek ve doktorun hayatını kolaylaştıracak bir işlem haline gelmiştir.

Son yıllarda yapılan doğumlarda tıbbi müdahalelerin sayısının çoğaldığı, ilk doğumların neredeyse tümünde epizyotomi yapıldığı ve sezaryen doğumların giderek arttığı ifade edilmektedir (Vural ve Erenel, 2017). Modern tıbbın kontrolü ve denetimi altında önceden doğal bir süreç olan gebelik ve doğumun 20. yüzyılın başından bu yana tıbbileştirildiği görülmektedir (Kurttaş, 2017; Cindoğlu, 1995). Doğumun doğal yolundan uzaklaşıldığına, doğumun gerçekleşeceği yerin hastaneye, doğuma katılanların kadınlar ve ebeden, doktor ve sağlık personeline, kullanılan tekniklerin doğal süreçlerden ilaç ile

ameliyata ve doğumun anlamının sosyal ve kişisel bir olaydan medikal bir olaya dönüşmüş olduğu ifade edilmektedir (Khan 2008; Özkan vd., 2013; Yıldırım vd., 2015; Vural ve Erenel, 2017).

Sezaryenin yaygınlaşması tıbbi ve teknik yeniliklere yani fetal sağlığın izlenebilir olması, gelişen cerrahi teknikler, antibiyotik kullanımı, güvenli olarak uygulanabilen cerrahi ve anestezi yöntemleri gibi gelişmeler yaşanmasına paralel olarak gerçekleşmiştir. Bunlar arasında gelişmesine bağlı olarak gerçekleşmiştir. Bu durum sağlığın tıbbileşmesi kapsamında doğumun da tıbbileşmesini ortaya çıkarmıştır. Tıbbileşmiş doğumda tanımlanan uygulamalar içinde cerrahi bir uygulama olan sezaryen ile birlikte fetalmonitörizasyon⁸, forseps⁹, amniyotomi¹⁰, epizyomi¹¹, indüksiyon¹² gibi uygulamaları saymak mümkündür. Ayrıca gebelerde sıkça kullanılan müdahaleler arasında epizyotomi, oksitosin, kan transfüzyonu, yeme-içme kısıtlamaları da bulunmaktadır (Yıldız, 2018). Tıbbileşme çerçevesinde gebeye doğumhanede veya doğum servislerinde, açılan damar yolu,

⁸ Erken doğum riskini ve doğumdan önce bebeğin iyilik halini belirlemek, hipoksi gibi durumları saptayarak gerekli önlemlerin alınması için kullanılan bir uygulamadır. Bk. Demir, Ö., ve Kalelioğlu, (2018), İ., “İnapartum fetal monitörizasyon. **Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst-Special Topics**, C. 11, S. 1, s. 30-37.

⁹ Diğer adıyla vakum aleti, bebeğin başında negatif basınç oluşturulup, fetüs başına traksiyon uygulamakta, fetüsün başını kavrayıp pelvistten geçişinin sağlayarak doğuma yardımcı olmaktadır. Bk. Karakuş, R., vd., (2014), “Vakum ile operatif vajinal doğumun perinatal etkileri”, **Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni**, C. 48, S. 3, s. 192-197.

¹⁰ Bir müdahale yöntemi olarak doğum eylemini başlatmak ya da hızlandırmak için kullanılmaktadır. İntrauterinenfeksiyon, yenidoğanda enfeksiyon gelişmesi, fetal kalp atım hızında düşme, vasaprevia, doğumağrısında artma, kordprolapsusu ve uterushiperstimülasyonu söz konusu müdahale sonucunda ortaya çıkabilecek komplikasyonlardır. Bk. Erenel, A.Ş., ve Çiçek, S., (2018), “Doğum Eylemine Yapılan Müdahalelerin Anne ve Çocuk Sağlığına Etkileri”, **Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi**, C. 9, S. 2, s. 123-129.

¹¹ Doğumun ikinci evresinin son bölümünde vajinal açıklığı artırmak için uygulanan cerrahi kesidir. Bk. Karaahmet, A., ve Yazıcı, S., (2017), “Epizyotomide güncel durum”, **Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi**, C. 4, S. 1, s. 57-63.

¹² Yapay olarak farmakolojik veya mekanik yöntemlerle uteruskontraksiyonlarının başlatılması işlemidir. Bk. Bay, F., ve Bulut, Ö.Ü., (2020), “Doğum İndüksiyonu: Maternal, Fetal-Neonatal Etkileri, Ebenin Rolü”, **KTO Karatay Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi**, C. 1, S. 1, s. 4-14.

sıkça kan alınması, serum takılması, elektronik fetal monitöre bağlanma gibi birçok işlem uygulanmaktadır (Johanson vd., 2002). Kullanılan teknolojiler her ne kadar ihtiyaç halinde bebek ve gebenin sağlığı için önemli olsa da gereksiz müdahalelerin bebek ve gebenin sağlığını olumsuz etkilediği ve maddi külfet getiren doğumlara neden olduğu göze çarpmaktadır. DSÖ % 10-15 arasını ideal sezaryen oranı olarak ifade etmektedir (DSÖ, 2015). Ancak sezaryen oranlarının gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde hızla artmaktadır (Gözükara vd., 2016; Körükçü vd., 2012: 48). Diğer yandan sezaryen işleminin gerekli olmadığı durumlarda, sezaryenin anne veya çocuğa yararlarını gösteren bir kanıtı rastlanmamaktadır (DSÖ, 2015; Filiz, 2020: 74). Bütün cerrahi girişimler gibi sezaryenin de, kritik bir müdahale olması dolayısıyla tıbbi etik açısından uygun olan sadece tıbbi endikasyonlar doğrultusunda uygulanmasıdır.

Rutin hale gelen sezaryen uygulamasının ortaya çıkardığı etik tartışmalardan biri de tıbbi endikasyon olmadan yapılan isteğe bağlı yapılan sezaryen uygulamalarıdır. Herhangi bir tıbbi gereklilik olmaksızın bebek normal süresini doldurduktan sonra anne adayının tercihi ile belirlenen bir zamanda sezaryen doğum yaptırılması elektif sezaryen olarak tanımlanmaktadır (Thulman, vd., 1990). Literatürde, hekim veya ailenin isteği, anne adayının vajinal doğumdan korkması, uzun sürebilecek olan doğum sürecinin sıkıntılarını çekmek istememesi, bebegini olası bir risk altına sokmak istememesi, normal doğumun uzun dönem etkilerinden çekinmesi; hekimin malpraktis korkusu, zor bir vajinal doğuma göre sezaryenle doğumda anne ve bebeğin daha az riskle karşılaşacağına inanması, vajinal doğumun uzun zaman alması, uygulama zamanını hekimin belirleyebilmesi, yardımcı üreme tekniklerinin gelişmesi, sağlık merkezlerinin ticari kaygıları, doğum öncesi sağlık hizmetlerinin yeterli ve etkili verilmemesi gibi nedenlerin isteğe bağlı sezaryenin artışını etkileyen faktörler olduğu belirtilmektedir (Ataç, 2004: 270; Cahill, 1999: 494; Aktaş ve Gönenç, 2011: 186; Filiz, 2020: 75; Dölen ve Gökçü, 2002: 86-89; Konakçı ve Kılıç, 2004: 88-95; İğde, 2004: 137-139).

Denilebilir ki sezaryen artışında tıp alanındaki teknolojik gelişmelerin yanı sıra sağlık personelinin bakış açısı da rol oynamaktadır. Ancak sezaryen oranı arttıkça vajinal doğum azalmakta, sezaryen oranlarındaki artışın, perinatal ve maternal mortalitedeki düşmenin sebebi değil, sonucu olduğu düşünülmektedir (Ataç, 2004: 270). Diğer ameliyatlarda olduğu gibi sezaryenin de kısa ve uzun vadeli etkilerinin olmasının yanı sıra doğum sonrasında da anne, çocuk ve gelecek gebelikler için devam eden sağlık etkileri oluşturmaktadır. Etik açıdan bakıldığında sezaryen uygulaması sonrası anne ile bebeğin yarar ve zarar dengesi, gebenin karar vermede özerkliğine saygı duyulup duyulmadığı ve adalet ilkesinin uygulanma durumu, sezaryenin ekonomik boyutu göz önünde bulundurulması gereken faktörler olarak ortaya çıkmaktadır. Bunun gibi etik problemlerin ortaya çıkmasına neden olan durumun ise riskli olarak kurgulanan doğum eylemi ile meşrulaştırılan tıbbi müdahaleler olduğu da öne sürülmektedir (Çağlayan vd., 2010). Diğer yandan anne adaylarının da sezaryen doğum şeklini daha güvenli olarak algılayabildiği göze çarpmakta, isteğe bağlı sezaryen oranlarındaki artış da etik problemlere neden olmaktadır. Diğer yandan sezaryen oranlarını, toplumun bu müdahaleye erişim ve kullanım düzeyinin bir ölçümü olarak değerlendirmek mümkündür.

DSÖ yürüttüğü araştırmalarla ülkeler düzeyinde ideal sezaryen hızlarını, son verilere dayanarak analiz etmiş, 2014 yılında anne, perinatal ve bebek ile ilgili sonuçlar derlenmiş, maternal ve neonatal mortalite ile sezaryen doğum arasındaki ilişkiyi değerlendirmek için ekolojik bir çalışma da yapmıştır (DSÖ, 2015). DSÖ'nün İsviçre-Cenevre'de 08-09 Ekim 2014 tarihinde yapılan bir toplantıda ortaya koyduğu sonuçlar şu şekildedir: Sezaryen doğum, anne ve bebeğin hayatını yalnızca tıbbi gereklilik mevcut ise kurtarmada etkilidir, toplum düzeyinde %10'un üzerindeki sezaryen hızı, anne ve yeni doğan mortalite hızlarındaki azalmalar ile ilişkilendirilmemekte, yani sezaryen hızının %10'un üzerinde olması ya da %30'lara kadar yükselmesinin mortaliteye etkisi olma-

maktadır, sezaryenle doğum işlemi, güvenli cerrahi işlemin yapılabileceği koşullarda yapılmadığında önemli ve bazen kalıcı komplikasyonlara, sakatlık veya ölüme neden olabilmekte, sadece ihtiyacı olan kadınlara sezaryen sağlamak amaçlanmalıdır, maternal ve perinatal morbidite, pediatrik sonuçlar, psikolojik veya sosyal iyilik hali gibi diğer sağlık sonuçları üzerinde sezaryen doğum hızlarının etkileri bilinmemektedir (DSÖ, 2015). Kurumların ise sezaryen doğum hızlarını izlemelerinin zorunlu olduğu bunu yaparken de hizmet verdikleri toplumun belli başlı özelliklerini, farklı obstetrik vaka türlerini göz önünde bulundurmalarının gerekli olduğu ifade edilmektedir. Birçok ülkede yaygın olarak Robson On Gruplu Sınıflandırma Sistemi¹³ kullanılmaktadır (Çakaloz ve Çoban, 2019: 53). Ancak DSÖ'nün 2015 açıklamasına göre; sezaryen doğum hızları bağlamında ülkelerin, şehirlerin, bölgelerin ve farklı kurumların anlamlı olarak karşılaştırılabilmesini sağlayan uluslararası kabul görmüş standart bir sınıflandırma sisteminin bulunmaması sezaryen hızlarının izlemine dair bilgi paylaşımını mümkün kılmamaktadır.

3.3.1. Tarihsel Gelişim Süreci

Sezaryen doğumun, tarihi çok eskiye dayanan cerrahi girişimlerden biri olduğu ifade edilmektedir. Sezaryen uygulamasının, antik çağlardan bu yana hem Doğu hem Batı medeniyetinde bilindiği; Hindu, Mısır, Roma, Yunan ve diğer Avrupa kültürlerine uygulamaya ait bilgiler bulunduğu, Sümerlere ait bir kayıta sezaryen doğumdan bahsedildiği ifade edilmektedir (Başkaya ve Sayiner, 2018; İbas, 2009: 7; Aktaş ve Gönenç, 2011: 187). Romalılarda sezaryen uygulamasının yapıldığı, hatta yasalara göre gebeyken ölen

¹³ Robson On Gruplu Sınıflandırma Sistemi: farklı obstetrik özelliklere sahip kadınlar arasında sezaryen endikasyonları bakımından objektif olarak sezaryen oranlarının ve nedenlerinin belirlenmesinde kullanılan bir sınıflandırma sistemidir. Bk. Brennan, D.J., Robson, M.S., Murphy, M., ve O'Herlihy, C., (2009), "Comparative Analysis of International Cesarean Delivery Rates Using 10-group Classification Identifies Significant Variation in Spontaneous Labor", *Am J Obstet Gynecol*, Vol. 201, s. 308; Robson, M.S., (2001), "Classification of Caesarean Sections", *Fetal and Maternal Medicine Review*, Vol. 12, s. 23-39.

kadınlar eğer gebeliğin son birkaç haftasında ise bebeği kurtarmak için yapılan uygulamanın önce “lex regia” sonraları “lex caesarea” şeklinde isimlendirildiği görülmektedir (Cunningham vd., 2005: 537-563). O dönemden kalan başarılı şekilde gerçekleştirilmiş sezaryenlere dair kayıtlar olduğu fakat söz konusu kayıtların uygulamanın yapıldığı tarihten çok sonra kaleme alındığı, uygulamanın yapıldığı kadınların çoğunun komplikasyon nedeniyle ölmüş oldukları göz önünde bulundurulmalıdır (Speert, 1994; İngeç vd., 2014). Romalılar döneminde doğuma müdahale amacıyla bazı araçların kullanıldığı ve belirli uygulamaların geliştirildiği; “kraniyoklast, dekapitatör, vajinal spekulum, dilatör ve skalpel” vb. aletlerin kullanılmış olduğu bilinmektedir.

16. yüzyıla gelindiğinde ilk kez Fransız hekim Rousette tarafından canlıda sezaryen tavsiye edildiği, hekim olmayan birinin başarı ile ilk onaylanmış sezaryen vakası gerçekleştirdiği bilinmektedir (İbas, 2009: 7; Çoban Koca, 2015: 7). Sezaryen uygulamasında gelişme 18. ve 19. yüzyıllarda hızlanmış, anestezi, hemostaz, antisepsi ve uterus dikişinin kullanılması bu duruma etki etmiştir. Bu dönemde doğum eylemine müdahale ile ilgili aletlerde gelişmeler olduğu, 16. yüzyılda kullanılmaya başlayan forsepsin tasarımının geliştirildiği ve obstetri eğitiminde gelişmeler yaşandığı görülmektedir (Şahin ve Erbil, 2019; Keskin, 2019). 18. yüzyılının ikinci yarısında Lebas tarafından kesilen uterus dikiş atılması, sezaryendeki yüksek mortalitenin düşmesini sağlamış, 19. yüzyılın başında uterus kesisine dikiş koyan ikinci kişi Barlow olmuştur (Aktaş ve Gönenç, 2011; 187). Yine 19. yüzyılda Simpson’ın, “vakum ekstraksiyonu”nu bulduğu ve doğumda bu gibi yeni uygulamaların geliştiği, ayrıca yine Simpson tarafından ilk anestezi denemelerine başladığı hatta Kraliçe Viktorya üzerinde kloroformu kullanarak onu doğum ağrısından kurtardığı bilinmektedir (Bayırlı, 2019). “Sepsis ve puerperal enfeksiyonların önlenmesi” ise Lister ve Semmelweis’in “asepsi ve antisepsiyi” geliştiremesiyle sağlanmıştır (Kömürcü ve Gençalp, 2002: 79).

1800'lü yılların sonlarında Edward Porro, supraservikal histerektomiye tarifleyen ve Porro operasyonu olarak adlandırılan sezaryeni gerçekleştirmiş, sezaryenin daha çok gelişmesine imkân sağlamıştır. Uterus onarılmadığı takdirde postpartum kanama ve enfeksiyon olduğu saptanmış, Porro'nun sezaryen uygulama şeklini geliştirmesi, “anestezi, antibiyotik ve kan ürünlerindeki gelişmeler” söz konusu uygulamanın oranlarında artışa neden olmuştur (Cunningham, vd., 2005; 537-563). 1882 yılında sezaryen uygulamaları açısından önemli bir gelişme yaşanmış, Max Sanger uterus duvarına dikiş atılmasını ortaya atmış, sütür kullanılmasıyla sepsis veya kanamadan hastanın kaybedilmesi engellenmiş, ölüm oranı azaltılmıştır (Cunningham, vd., 2005; 537-563). 1908'de Pfannenstiel mesaneyi uterin serozayı keserek uzaklaştırmış, 1912 yılında Kronig aşağı uterus segmentinde dikey kesi ile transperitoneal yaklaşımı ortaya atmıştır. Kerr ise 1920'lerde “açıklığı yukarı bakan hilal şeklinde alt segment insizyonunu” önermiş, uterus kesi tipi olarak Kerr tekniği çok sık uygulanmaktadır (Onan Yılmaz, 2012: 3; Kronig 1912'den aktaran: Çoban Koca, 2015: 8). 1900'lü yıllarda artık obstetri hem doğumu hem de doğum öncesi bakımı içeren bir disiplin haline gelmiş, yeni hastaneler, teknikler ve uygulamalar söz konusu olmuştur. Doğumda ölüm oranlarına dair belirgin bir düşüş antibiyotiklerin, güvenli kan nakli ve doğum sonrasında kullanılan kanama durdurucu ilaç ve hormonların bulunması ile mümkün olmuştur (Drife, 2002: 314).

3.3.2. Sezaryen Doğum Endikasyon ve Komplikasyonları

Sezaryen, anne ve fetüsün sağlığı açısından vajinal doğumun risk barındırdığı tıbbi sebeplerle uygulanması gereken cerrahi bir girişimdir (Yılmaz, 2009; Sayiner, 2009). FIGO sezaryenin, tıbbi endikasyon sonucu gerçekleştirilmesi, elektif olarak uygulanmaması gerektiğini; Amerikan Jinekoloji ve Obstetri Birliği (ACOG) ise elektif sezaryen kararını 39. gebelik haftasından önce uygun bulmadığını belirtmektedir (FIGO, 2011; Amerikan Jinekoloji ve Obstetri Birliği [ACOG], 2006; Kaymak, 2017; Gözükar vd.,

2016). Sezaryen uygulamalarının çoğunun bebeğin yararına olduğu için yapıldığı ifade edilirken %75 ile %90 oranında vajinal doğum yerine sezaryenin tercih edildiği endikasyonlar; distosi tekrarlayan sezaryen, makat gelişi, fetal distres olarak ifade edilmektedir (Tekirdağ, 2010; T.C. Sağlık Bakanlığı, 2014; Şirin ve Kavlak, 2008). Aşağıda sezaryen doğum uygulamasına neden olan endikasyonlar anne ve bebek ile ilgili endikasyonlar olmak üzere iki ayrı başlık altında verilmiştir.

Anneyle İlgili Endikasyonlar:

1- İleri Anne Yaşı: Anne yaşıyla doğru orantılı olarak hem çeşitli endikasyonların (pre-eklempi, plasenta previa, ilerlemeyen eylem, iri bebek, fetal distres vb.) bu endikasyonlara bağlı olarak da sezaryen doğum oranının arttığı ifade edilmektedir (Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması [TNSA], 2008; Hopkins, 2000; Yaşar, vd., 2007; Öcal, 2019).

2- Geçirilmiş Sezaryen: Sezaryen endikasyonlarının artmasına sebep olan en önemli faktörlerden birinin sezaryen sonrası uygulanan elektif sezaryenler olduğu ifade edilmektedir. Ekonomik Kalkınma ve İş Birliği Örgütü (OECD) verilerine göre ülkemizde her 1000 canlı doğumdan 57,3'ünün sezaryen uygulaması ile gerçekleştiği belirtilmektedir (OECD, 2023). 2020 yılı Sağlık İstatistikleri Yıllığı'nda yer alan bilgilere göre ülkemizde toplam sezaryen oranı %59,6, primer sezaryen oranı %30, tekrarlayan sezaryen oranı ise %29,6 olarak yer almıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2020). Ancak literatürde bir önceki doğumu sezaryen uygulaması ile gerçekleştirilen kadının, bir sonraki doğumu için sezaryen operasyonu geçirme zorunluluğu olmadığı, kontrendikasyon ve önceki sezaryen endikasyonunun kalıcı olmaması durumunda sezaryen sonrası vajinal doğumun (SSDV) gerçekleştirilebileceği ortaya konulmuştur (Cunningham, 2005). ACOG'nin 1998 yılındaki bildirisinde önceki doğumu sezaryen olan gebelere vajinal doğum önerilmesinin sezaryen oranını azaltmada etkili olacağı ifade edilmektedir (ACOG, 1998). Gebelerin üçüncü trimesterde bilgilendirildikleri takdirde 2/3'lük bir

oranda vajinal doğumun tercih edildiği ifade edilmiştir (McMahon vd., 1996'dan aktaran: Gözükkara ve Eroğlu, 2011: 94).

3- Sefalopelvik Uyumsuzluk: Bebeğin doğumu için pelvis yapısının uygun olmaması veya bebeğin çok iri olmasından kaynaklanabilmektedir. Doğum eyleminin kasılmalara rağmen ilerlememesi söz konusu olmaktadır (Cunningham, 2005).

4- Distoni: Doğum kanalı, fetüs ve uterustaki normal dışı etkenlerden de kaynaklanabilen zor doğumu ifade etmektedir. Doğumda ilerleme olmamasına bağlı olarak gebenin durumu yeniden gözden geçirilmektedir (Cunningham, 2005).

5- Yumuşak Doğum Yolu ile İlgili Nedenler: Geçirilmiş uterusun cerrahisi, mekanik vulvar obstrüksiyon (kandilomlar), enfeksiyonlar, annede herpes, konizasyon, koterizasyon ya da kollumun rijid vb. nedenler sezaryen doğuma sebebiyet verebilmektedir (Korkut ve Kaya, 2019: 146-147).

6- Annenin Sistemik Hastalıkları: Gebelik sırasında ya da gebe kalmadan önce ortaya çıkmış olan; spesifik kalp hastalığı, spesifik respiratuar hastalık, kanser, intrakranial basıncın artması ile ilgili durumlar, diyabet, bel fıtığı, astım, tiroid hastalıkları, hepatit, hipertansiyon, epilepsi, mide rahatsızlıkları, kan uyuşmazlığı, karaciğer hastalıkları, cilt hastalıkları, idrar yolu enfeksiyonları gibi hastalıklar sezaryen uygulamalarına neden olabilmektedir (Sağlık Bakanlığı, Doğum ve Sezaryen Eylemi Yönetim Rehberi, 2010; Çoban Koca, 2015; London, 2009).

Bebekle İlgili Endikasyonlar:

1- Prezantasyon ve Pozisyon Anomalileri: Prezantasyon anomalileri içinde makat ile gelme, compound geliş, transvers ve oblik gelişler bulunmaktadır. Tekil gebeliklerde yaklaşık %4 oranında makat geliş görülmektedir (T.C Sağlık Bakanlığı, 2010: 18). Söz konusu doğum şeklinin sefalik doğumlar ile karşılaştırıldığında doğum travması, perinatalasfiksi, yenidoğan ölümü gibi komplikasyonlarla yakın ilişkili olduğu ifade edilmektedir. (Yıldırım vd., 2006; 67) Pozisyon anomalileri içinde ise “defleksiyon gelişleri, oksiput

posterior, yüksekte düz duruş, derinde transvers duruş ve asinklitismus (Çoban Koca, 2015: 13) bulunmaktadır.

2- Fetüs ve Fetüs Ekleriyle İlgili Endikasyonlar: Konjenital anomaliler (hidrosefali, anensefali, hidrops, yapışık ikizlik vb.) sezaryene neden olan endikasyonlar olarak ifade edilmektedir (Yıldırım vd., 2006: 67). Fetüs ekleriyle ilgili endikasyonlar arasında; plasenta previa, vasa previa abruptio (dekolman) plasenta, umbilikal kordun sarkması, ablasyo plasenta, plasenta insersiyon anormallikleri yer almaktadır (Berkman, 2004; T.C Sağlık Bakanlığı, 2010). Bunlara ek olarak çoğul gebeliklerin de sezaryen oranlarında artışa neden olduğu belirtilmektedir. Yardımcı üreme tekniklerinin yaygın olarak kullanımı çoğul gebelik oranlarını artırmış, bu oran %3'lere çıkmıştır (Venture vd., 1996). Fetus sayısı arttıkça fetal ve maternal prognozun kötüleştiği, perinatal ölümlerin %10-12'sini çoğul gebelikler oluşturduğu ayrıca tekiz gebeliklerde mortalite oranının ikiz gebeliklerden 4 kat az olduğu ifade edilmektedir (Revenis ve Johnson-Robbins, 1999; Dafallah, 2004).

3- Fetal Distress: Akut ya da kronik rahatsızlıklar neticesinde "anne-plasenta-fetus" sisteminde gelişen bir durum olarak ifade edilmektedir (Akkaya, vd., 2018: 275). Fetüsün doğum stresine gösterdiği tepkinin "elektronik fetal monitorizasyon bulgularına fetal kalp hızı değişimi olarak yansımastır." (Georgieva vd., 2011'den aktaran: Akkaya vd., 2018) Elektronik fetal monitörizasyon tekniğinin gelişmesinin sezaryen doğum oranlarında artış ile paralel olduğu görülmektedir (Dölen ve Gökçü, 2002; Tekirdağ ve Cebeci, 2010; Gözükara ve Eroğlu, 2011; Filiz, 2020). Akut fetal distress olan gebelerde sezaryen gerekli bir uygulamayken kesin fetal distress tanısı konmamış gebelerde normal olmayan fetal kalp hızı trasesi ile ilgili kuskular genellikle sezaryen uygulamasıyla sonuçlanmaktadır (Cunningham, 2005; Çakaloz ve Çoban, 2019: 55).

4- Miad Aşımı: Miadında doğum, ortalama 40 haftalık gebelik süresi sonunda sağlıklı bir fetüs ve annenin varlığı ile gerçekleşen doğum eylemidir (Öcal, 2019: 3). 42 haftadan fazla süren gebelikler hem fetus hem de anne açısından risk taşımaktadır. Fetal riskler

arasında in utero fetal ölüm bulunmaktadır ve prematürite ile ani yenidoğan ölüm sendromundan daha çok ölüme neden olduğu bilinmektedir (Doherty ve Norwitz, 2009: 86). Anne ve fetus sağlığı açısından sezaryen, ciddi riskleri olan cerrahi bir uygulamadır (Korkut ve Kaya; 2019: 148). Sezaryen komplikasyonları anne ve bebeğe dair komplikasyonlar olarak iki başlık altında ele alınmıştır.

Anneyle İlgili Komplikasyonlar:

Annenin mesanesinde ve bağırsağında travma, uterinrüptür, anesteziye bağlı komplikasyonlar, uterusda arter kesisi, serviks ya da vajenkesisi, uterinatoni, aşırı kan kaybı, yara yerinde enfeksiyon, endometrit, septik pelviktromboflebit, sepsis, hematoma, tromboembolik durumlar, pıhtılaşma bozuklukları, histerektomi riski, cerrahiye bağlı ciddi yapışıklıklar, sonraki gebeliklerde plasental anomalilerin (plasenta previa, ablasyo-plasenta) görülme riski, geç iyileşme, anne bebek etkileşiminin gecikmesi, emzirmenin olumsuz etkilemesidir (Başkaya ve Sayiner, 2018; Aktaş ve Gönenç, 2011; Bal, 2013; Konakçı ve Kılıç, 2002).

Sezaryen doğumda vajinal doğuma göre maternal morbiditede ve mortalite oranlarının daha yüksek olduğu izlenmiştir (İğde Artıran, 2004). Bunun nedeninin olarak sezaryen doğuma kaynaklık eden komplikasyonlar ve abdominal cerrahiye dair riskler olduğu ifade edilmiştir (Berkman, 2004; Cunningham, 2005). Literatürde sezaryen doğum ile bağlantılı olarak maternal morbidite ve mortalite riskinin 4 kat arttığı ölümlerin çoğunun elektif olmayan komplike olmuş işlemlerle ilişkili olduğu; postpartum ölüm riskinin ise 3,6 kat fazla olduğu ifade edilmektedir (Güler ve Yanıkerem, 2018: 28; Dölen ve Özdeğirmenci, 2004; İğde Artıran 2004; Çetinkaya ve Söylemez, 2008; Cunningham, 2005; Deneux vd., 2006). Bir cerrahi girişim olarak sezaryen, fetüs/yenidoğanın da yaşayabilecek risklere maruz kalması açısından diğer cerrahi girişimlerden ayrılmaktadır (Karabel vd., 2017: 159; Aktaş ve Gönenç, 2011: 187).

Bebekle İlgili Komplikasyonlar:

Fetal ölüm ve yenidoğan ölümü, uterusu uygulanan kesi sebebi ile yaralanma, respiratuar distres sendromu, hipoksi ve solunum sıkıntısı, doğum sonu emzirmede/beslenmede sorun yaşanması (geç emme, annenin ağrısından ötürü konforlu emememe, emzirme süresi ve sıklığının azalması vb.) anne karnında anesteziye maruz kalma ve anestezi ile ilişkili risklerdir (Konakçı ve Kılıç, 2002: 287; Aktaş ve Gönenç, 2011: 189; Bal, 2013: 141-142; Başkaya ve Sayiner, 2018: 114).

3.3.3. Etik Açıdan Sezaryen

Sezaryen uygulanma oranında, teknoloji ile birlikte ultrasonografi ve fetal monitorizasyon yöntemlerinin gelişmesi, anestezi ve operasyon tekniğinde iyileşme, kadında doğurma yaşının yükselmesi, fetal distress tanısının daha çok görülmesi, elektif sezaryenlerin varlığı, doğum ve ağrı-acı korkusu, çoğul gebeliklerin yardımcı üreme teknikleri nedeniyle artması, doğuma bağlı pelvik relaksasyonun önlenmesi, tıbbi endikasyonlar, doktorların malpraktis davaları açısından tedirginliği, ebelerin aktif olarak travay takibi yaptırması konusunda var olan boşluklar, primer sezaryen oranlarının artması, azalan sezaryen sonrası vajinal doğum (SSVD) oranları, hekimler ile gebelerin çeşitli sebeplerle sezaryen ile doğuma yönelmeleri (sezaryenin daha az risk taşıdığı ve yenidoğan ölümünün düşük olduğu düşüncesi, obstetrisyenin doğum zamanlaması ve doğum süresini belirleyebilmesi, sezaryenin kısa sürede sonuçlandırılması, vajinal doğumun emek yoğun olması ile maddi getirisinin az olması) gibi daha geniş olarak ele alacağımız birçok faktörün etkili olduğu ifade edilmektedir (Betran vd., 2016; Çağlayan vd., 2010; Dölen ve Gökçü, 2002; Ataç vd., 2004: 272; Chill, 1999: 494; Aktaş ve Gönenç, 2011: 187; Gözü-kara vd., 2016: 151-153).

Ülkeler bazında sezaryen oranlarında farklılıklar olduğu görülmektedir. DSÖ 2010 verilerine göre sezaryen oranları; Amerika Birleşik Devletleri'nde %30,2, İtalya'da

%37,4, Brezilya’da %41,3, Meksika’da %36,1, Kore’de %37,7, İsviçre’de %28,9, Almanya’da %27,8 olduğu görülmektedir (DSÖ, 2010). Türkiye’de sezaryen oranlarının kademeli olarak arttığı göze çarpmaktadır. Sağlık Bakanlığı verilerine göre 2020 yılına ait toplam sezaryen oranı %59,6, primer sezaryen oranı %30’dur (T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2020). Ekonomik Kalkınma ve İş Birliği Örgütü (OECD) verilerine göre Türkiye’de sezaryen oranları aşağıda sunulmuştur (Ekonomik Kalkınma ve İş Birliği Örgütü [OECD] Caesarean sections indicator, 2023).

Tablo 3.1. Türkiye’de yıllara göre sezaryen oranları

Yıl	Oran (%)	Yıl	Oran (%)
2006	31,7	2013	50,4
2007	38	2014	51,1
2008	41,8	2015	53,1
2009	44,2	2016	53,2
2010	47,2	2017	53,1
2011	47,5	2020	57,3
2012	48		

Sezaryenin sadece tıbbi gereklilik durumunda anne ve bebeğin hayatını kurtarmada fayda sağlayabileceği, belli bir sezaryen hızına ulaşmaktansa sadece ihtiyaç duyan gebelere sezaryen uygulanması gerektiği, rutin bir hal almış ve elektif olarak gerçekleştirilen sezaryen uygulamalarının etik tartışmaları doğurduğu ortaya konmaktadır (DSÖ, 2015; Vural, 2015; Aktaş ve Gönenç, 2011). İsteğe bağlı sezaryen uygulamaları önceki doğumunu sezaryen yoluyla gerçekleştiren gebelerin sonraki doğumları için önceden planlanmış olarak yine sezaryen ile doğum yapmalarına karşılık gelmekteydi ancak bugün gebenin ilk doğumu için endikasyon olmamasına rağmen kendi tercihi ile sezaryen olması primer elektif sezaryen olarak ifade edilmektedir (Thulman 1990’dan aktaran: Gözükara ve Eroğlu, 2011: 93). FIGO, tıbbi olmayan nedenlerle yapılan sezaryen doğumlarla ilgili etik görüşleri çerçevesinde; sezaryenin anne ve çocuk için potansiyel riskler

barındıran bir cerrahi müdahale olduğunu, tıbbi nedenler dışında yapılan sezaryen doğumların risk ve yararını gösteren güçlü kanıtların bulunmadığı aksine mevcut kanıtların vajinal doğumun anne ve çocuk açısından kısa ve uzun vadede daha güvenilir olduğunu gösterdiğini bu nedenle tıbbi gerekçeler dışında yapılan sezaryen uygulamalarının etik olarak geçerli olmadığını, hekimin gebeyi sezaryen gibi bir cerrahi müdahalenin sonraki gebelikler ve doğumları etkileyecek sonuçları konusunda aydınlatma sorumluluğu olduğunu, bunların yanı sıra hekimlerin topluma karşı etik sorumluluğunun ise yararı kanıtlanan tedavi ve yöntemler için sağlık kaynaklarını akıllıca paylaştırabilmeleri olduğunu ifade etmiştir (FIGO, 2011: 69-70).

“Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması” (TNSA) 2018 verilerine göre ülkemizde sezaryen kararının %38’inin doğum sancıları başlamadan önce, %14’ünün ise doğum sancıları başladıktan sonra verildiği görülmektedir. Bu çerçevede elektif sezaryen oranının, planlamamış sezaryenlerden fazla olması ülkemizde sezaryen doğumların endikasyonlara bağlı ya da zorunluluktan gerçekleştirilmediğinin bir göstergesi olabilmektedir (TNSA, 2018: 115-116). Sezaryen doğum tercihi değerlendirilirken, özellikle elektif sezaryen durumunda, evrensel etik ilkelerin göz önünde bulundurulması etik ihlallere yol açmamak için elzemdir (Chervenak ve McCullough, 2013: 166-167; Korkut ve Kaya, 2019: 148; Kırılmaz ve Ulusinan, 2021: 116). Etik açıdan uygulamanın, gebe, fetüs/yeni-doğan açısından kontrendikasyonu bulunmaması, gebenin “Hasta Hakları Yönetmeliği”nin 15’inci, 24’üncü ve 25’inci maddelerine göre gebe tedavi şeklini seçme, reddetme ve durdurma hakkına sahip olması dolayısıyla vajinal ya da sezaryen doğum hakkında yönlendirilmeden, bilgilendirildikten ve onamı alındıktan sonra gebenin kararına göre hareket edilmesi, TTB Hekimlik Meslek Etiği Kuralları 21’inci maddeye göre de hekimin gebenin söz konusu haklarına saygı göstermesi, özellikle elektif sezaryenlerde; yararlılık, zarar vermeme, adalet, özerkliğe saygı ilkelerinin zedelenmemesi önem taşımaktadır (Aktaş ve Gönenç, 2011; Güvercin, 2007). Bu bağlamda sezaryen uygulamaları

dört etik ilke (zarar vermeme, yararlılık, özerklik, adalet) açısından ele alınmaya çalışılmıştır.

Zarar vermeme ilkesi; tıbbi uygulamalarda olası zararın en aza indirilmesi ve faydanın en üst düzeye çıkarılması sorumluluğu ile açıklanmaktadır. Sezaryen doğum açısından fayda temelli klinik kararda, sezaryen uygulamasının faydalarının planlı vajinal doğumun faydalarına ayrıca sezaryen doğumun risklerine karşı dengelenmesi gerekliliği ortaya çıkmaktadır (Kırılmaz ve Ulusinan, 2021: 116). Sezaryen doğumun faydası doğumun ağrısız olması hem doktor hem de gebe için zaman tasarrufu sağlaması olarak ifade edilmektedir. Ancak ister sezaryen ister vajinal doğum olsun anne ve bebek için sağlayacağı faydalar ile kısa ve uzun dönemde getireceği riskler zarar vermeme ilkesi doğrultusunda değerlendirilmelidir. Gebe ya da yenidoğan açısından elektif sezaryen uygulamalarının yarar sağladığını gösteren kanıt bulunmamaktadır. Ancak sezaryen herhangi bir cerrahi operasyon gibi hem kısa hem de uzun vadede riskler barındırmakta, söz konusu riskler doğum sonrasında da anne, çocuk sağlığını ile gelecek gebelikleri de etkileyebilmektedir (Kırılmaz ve Ulusinan, 2021). Bu çerçevede isteğe bağlı sezaryenin etik açıdan zarar vermeme ilkesiyle çeliştiği ortaya çıkmaktadır. Uygulama ile ilgili kararın bir kez daha gözden geçirilerek gebenin sağlık çalışanları tarafından sezaryenin kadın ve fetus sağlığına zarar verme durumu hususunda açıkça bilgilendirilmesi gerekmektedir (Aktaş ve Gönenç, 2011).

Yararlılık ilkesi; tıbbi işlemler sırasında hastaya, her şeyin üzerinde ve öncelikli olarak yararlı olmayı ön gören bir ilke olarak ifade edilmektedir (Ersoy, 1994: 57). Hastanın sağlığı ve refahını geliştirme konusunda hekime yüklenen etik sorumluluğu ifade etmektedir. Obstetrik etik açısından değerlendirildiğinde cerrahi müdahalelerin tamamı zarar risk faktörleri içermektedir bu nedenle de yararlılık ilkesinin obstetrik etikte biraz önce bahsettiğimiz zarar verememe ilkesine üstün geldiği görülmektedir (Kırımlıoğlu, 1998; 30). İlke özünde sadece zarar vermemeyi değil, hasta için en iyi olanın ne olduğunu

bilme ve uygulama sorumluluğunu içermektedir. Uygulanması gereken tedavi ile hastanın seçimlerinin uyuşmadığı noktada yararlılık ilkesi ve özerklik ilkesinin çatışmasını önlemek için hastanın hekim tarafından açık ve tam şekilde bilgilendirmesi gerekmektedir. Yararlılık ilkesi bağlamında sezaryen uygulamalarının endikasyon ile karşılaştırılması durumunda gebe ve fetüs açısından en üst düzeyde yarar sağlaması beklenmektedir. Ancak isteğe bağlı uygulamaların vajinal doğuma göre daha yüksek risk barındırması gebe ve fetüse için yarar sağlama durumunu azaltabilmekte, zarar verici olumsuz sonuçları arttırabilmektedir. Çünkü sezaryen her ne kadar kolay ve güvenli bir cerrahi işlem olarak görülse de kısa ve uzun vadeli risklere neden olabilmektedir (Aktaş ve Gönenç, 2011: 188; Nilstun, 2008: 9-11).

Sezaryen uygulamalarında annenin kararının diğer bir canlının uygulamadan sağlayacağı yararın azalmasına, sınırlandırılmasına ya da zarar görmesine neden olabileceği göz önünde bulundurulmalı, bunun fetüs sağlığı açısından yararlılık ilkesini zedeleyebileceği değerlendirmeye alınmalıdır (Aktaş ve Gönenç, 2011; Kırılmaz ve Ulusinan, 2021: 118). Obstetrik etikte yararlılık ilkesi hekimi tıbbi müdahalenin zarar verme potansiyeli bulunan durumlar konusunda uyarmaktadır (Hervenak ve McCullough, 1992: 714). Sezaryen uygulamalarında etik açıdan yararlılık ilkesi, vajinal doğum için uygun koşulların yeterli derecede sağlanıp sağlanmadığı; anne adayının, doğum şekli ile ilgili karar verirken sezaryenin gereklilik ve riskleri konusunda yeterli bilgiye sahip olup olmadığı, sağlık çalışanları tarafından sürekli ve düzenli olarak bilgilendirilip bilgilendirilmediği, korku ve kaygılarının giderilip fiziksel ve psikolojik yönden vajinal doğuma hazırlanmasının ne ölçüde sağlanabildiği hususları göz önüne alınarak analiz edilmelidir.

Özerklik ilkesi; bireyin kendi başına düşünme, değerlendirme, kendi hakkında özgür bir biçimde karar verme ve eylemde bulunabilme yetkinliğini ifade etmektedir. Bireyin kendi bedeni ile ilgili kuşkusuz sağlığı ilgili kararlara dâhil olması temel özgürlüklerden biridir. Bireyin kendi ile ilgili kararlara katılımına olanak sağlanması bireye duyulan

saygı ile ilgilidir. Sağlık bağlamında hastanın özerk olabilmesi rahatça düşünebilmesi, yönlendirilmemesi ve seçimlerini baskı altında kalmadan yapabilmesine bağlıdır. Hasta kendisine yapılacak müdahaleye karar verirken müdahalenin amaçlı, akılcı biçimde seçilmiş, planlanmış; aynı zamanda müdahaleyi iyi anlamış ve kavramış olması gerekmektedir. Bu çerçevede klinik uygulamada özerklik ilkesi “aydınlatılmış onam” süreci ile keşismektedir. Süreç, özerklik ilkesine uygunluk bakımından hastaya içinde bulunduğu durum ve uygulanacak müdahale hakkında uygun ve gereken bilginin açıklanması, hasta tarafından bilginin anlaşılması ve tedaviyi kabul etmek ya da reddetmek hususunda hastanın kendisinin verdiği kararı içermelidir. Etik problem olarak karşımıza çıkan unsur ise gebenin kararını gerektiği şekilde verip vermediğidir. Sezaryen oranlarının bu kadar artmasının en önemli nedeni oluşturan elektif sezaryen doğumlarda gebenin bilinçli istemi olup olmadığı, hekim isteği ya da yönlendirmesinin verilen kararda ne kadar etkili olduğunun göz önünde bulundurulması gerekmektedir. Literatürde Çubuk’un yaptığı çalışmaya göre gebelerin %77,8’inin; Elkin’in yaptığı çalışmaya göre ise %49,2’sinin doğum şekline hekimin karar verdiği ortaya konmuştur (Çubuk, 2014; Elkin, 2016).

Özerklik ilkesi çerçevesinde göz önünde bulundurulması gereken diğer bir husus gebenin özerklik ve tercih hakkına saygı duyulurken bunun diğer etik ilkeler olan zarar vermeme ilkesi ile çelişmemesine dikkat edilmesi, fayda sağlama temelli yükümlülükler ile de dengelenmesi gerekmektedir. Sezaryen doğumda, özerklik ilkesi gereğince gebe bedeni üzerinde hakka sahiptir ancak sezaryenin fetüs açısından riskleri/faydaları da göz önünde bulundurulmalı, fetüsün de potansiyel bir canlı olmasından kaynaklı olarak özerkliğine saygı duyulmalıdır (Aktaş ve Gönenç, 2011 Bostan vd., 2020; Tosun ve Kadiroğlu, 2016; Kırılmaz ve Ulusinan, 2021). Ancak henüz kendi otonomisiyle karar verebilme aşamasında olmadığı için fetüs için özerklik ilkesi yetişkinlerden farklı anlam taşımaktadır (Korkut ve Kaya, 2019: 149). Bu nedenle isteğe bağlı sezaryen açısından değerlendirildiğinde hekim ve gebenin karar aşamasında başka bir canlının, fetüsün, özerkliğine

saygı ilkesini göz önünde bulundurması gerekmektedir. Temelinde özerkliğe saygı ilkesi bulunan tedaviyi reddetme hakkının da yine hem gebe hem de fetüs açısından ele alınması gerekmektedir. Gebenin sezaryeni reddetmesi durumunda da gebenin özerkliği ve fetüsün haklarının korunması arasında etik çatışma ortaya çıkabilmektedir (Ataç vd., 2004: 271). Bu çerçevede gebenin yeterliliği, bilgilendirme sürecinde özerk karar alabilmesi için kendisine verilen bilgiyi ve kararının neticelerini anlama kapasitesine sahip olması ya da olmamasına bağlı olarak değerlendirilmelidir. Sezaryen açısından varsayılan onam kavramı da özerklik ilkesi kapsamında ele alınması gereken bir diğer konudur. Söz konusu kavram, kişinin bir müdahaleye onam vermesi halinde, bu müdahale için gerekebilecek diğer müdahalelere de onam verdiği düşüncesinden kaynağını almaktadır. Gebenin, gebeliğini sürdürmeye ve doğurmaya karar vermiş olmasından dolayı doğumun gerçekleşmesi için kendisine yapışacak tüm müdahaleleri onaylamış olduğunun düşünülebileceği bu nedenle sezaryene de onam verme sorumluluğu olduğu ileri sürülmektedir (Draper, 1996; Ataç, vd., 2004). Fakat cerrahi bir girişim olan ve ciddi riskler içeren sezaryen için varsayılan onamın yeterli olmadığı, diğer tüm cerrahi girişimler gibi hastanın bilgilendirilip onamının alınmasının sezaryen için de geçerli olduğu göz önünde bulundurulmalıdır.

Adalet ilkesi; bireyin temel haklarının korunması ve gerçekleşmesi talebiyle bağlantılıdır ve eşitlik, ulaşılabilirlik, kalite, elde edilebilirlik ve verimlilik unsurlarından oluşmaktadır (Aktaş ve Göneneç, 2011: 191). Sağlık bağlamında adalet ilkesi, tıbbi kaynakların gereksinimler bazında eşit ve dürüstçe dağıtılması ile ilgilidir (Arda ve Ekmekçi, 2015). Ayrıca bireye sağlanacak sağlık hizmeti, yüksek yararlılık düzeyinde dağıtılması, hizmetin kalite ve ulaşılabilirliğinin artırılması gerekmektedir. Her bireye yeterince tıbbi kaynak tahsis edilememesi, bireyin sağlık hakkını zedelemekte, söz konusu kaynakların birey ve topluma adaletli bir şekilde nasıl paylaştırılacağına yönelik etik sorun ortaya çıkmaktadır (Kırılmaz ve Ulusinan, 2021: 119). Sezaryen uygulamaları çerçevesinde adalet kavramının etik bir zorunluluk olarak ortaya çıkması, sosyal veya ekonomik durumlarına

göre hastaların doğum şeklini seçme yeteneklerinin değişmemesi ile fayda ve yüklerin adil bir şekilde dağıtılmasını sağlamayı gerektirmektedir (Önal, 2001; Aktaş vd., 2011). Bireyin gereksinim nedeniyle değil sosyoekonomik düzeyinin getirdiği avantajlara bağlı olarak hizmet ve imkânlardan faydalanabilmesi, sezaryen uygulamalarında sağlık kurumlarının mali kaygıları da ön plana çıkması sağlık hizmetlerinde adalet ilkesinin sorgulanmasına neden olmaktadır. Oysaki adalet ilkesinin sağlık uygulamalarında yaşama geçirilmesi eldeki kaynakların söz konusu uygulamaların acil kullanımı ile bağlantılı olduğundan, gebe ve/veya fetüs için riskli durumlarda her bireyin olanaklardan eşit ve adaletli bir şekilde faydalanmasını sağlayacak bir toplum yapısının oluşturulması adalet ilkesinin uygulanabilirliği açısından önemlidir (Aktaş ve Gönenç, 2011; Ataç vd., 2004).

Uluslararası Ebeler Konfederasyonu (ICM) tarafından yayımlanan Uluslararası Haklar Bildirgesinde kadınların adil bir sağlık hizmeti almasıyla ilgili haklara yer verilmiştir. Bunların içinde, her kadının, değerli bir kişi olarak saygı görme, güncel sağlık bilgisine sahip olma, doğum yaptığı yeri seçme, sağlık hizmetleri ile ilgili kararlara aktif olarak katılma ve bilgilendirilme ile yeni doğan bebeğin, sağlıklı ve iyi bilgilendirilmiş bir anneden bakım alma hakkı yer almaktadır (Uluslararası Ebeler Konfederasyonu [ICM], 2008). Dolayısıyla kadınların bahsedilen haklardan eşit bir şekilde yararlanabilmesi kaynakların adil bir şekilde dağıtımına bağlı olarak değişmektedir. Özellikle isteğe bağlı sezaryen uygulamalarında, gebenin hekim tarafından isteğe bağlı sezaryen uygulamasının gerekliliği hususunda bilgilendirmesi, kararın sadece bireysel değil sosyal, ekonomik, politik açıdan adalet ilkesi kapsamında düşünülmesi gerektiği göz önünde bulundurulmalıdır. İsteğe bağlı gerçekleşen sezaryen uygulamasının doğmamış bir canlının yaşama başlama fırsatında engellerle karşılaşmasına neden olabilmesi gebe ve fetüs haklarında çatışma yaratabilmekte adalet açısından etik sorun ortaya çıkarabilmektedir (Aktaş ve Gönenç, 2011: 193). Gebe lehine çözülecek sorunlarda fetüsün zarardan korunmasının yalnızca anne isteğine bağlı bir durum olduğu ancak fetüsün de zarar görmekten korunma

hakkına sahip olduğu göz önünde bulundurulmalıdır (Ataç vd., 2004: 271-272). Ayrıca sezaryen girişiminin tıbbi endikasyonları ve komplikasyonları dikkate alınmalı, endikasyon olmaksızın vajinal doğum yerine sezaryenin talep eden gebenin etik belirlemelere ters düşebilen bir hizmet talep ettiği belirtilmeli, yarar sağlaması muhtemel olmayan bir tedavinin uygulanmasının hekimlerin hareket etmekle yükümlü oldukları bilimsel yeterlilik standartlarından sapma yaratarak toplumsal ve etik açıdan tartışmalara neden olacağı ifade edilmelidir (Ataç vd., 2004: 272).

ABD Ulusal Sağlık Enstitüleri (NIH) hekim tarafından isteğe bağlı sezaryen yapma kararının her vaka için ayrı ayrı ele alınması gerektiği, sezaryenle doğumun anne ve fetus/yenidoğanın sağlığı ve iyiliğini vajinal doğumdan daha fazla düzelttiği düşünülüyorsa etik olarak doğru olacağı, endikasyon olmadıkça hekimin anneyi sezaryen için yönlendirmemesi, anne adayını bilgilendirmesi ve isteğe bağlı sezaryen zamanlaması için 38-39. haftasında önce planlanma yapılmaması gerektiğini, doğum eylemi başlamadan önce yapılan sezaryen doğumlarda fetus/yenidoğan için komplikasyon oluşturma olasılığının yüksek olduğunu belirtmektedir (ABD Ulusal Sağlık Enstitüleri [NIH], 2006). Ancak isteğe bağlı sezaryen olgularının artmasını sağlık çalışanları da pozitif yönde etkilemektedir. Bunun nedenleri arasında vajinal doğumun uzun zaman alması hekimin vaktini bu uzun süren doğuma ayırmak istememesi ve doğumu kendi kontrolünde planlayıp gerçekleştirmek istemesi, malpraktis korkusu, ebe/hemşirelerin doğum öncesi ve doğum hizmetlerinde yeterince yer almaması, sezaryen uygulamasının hekime için ücret açısından daha doyurucu olması, vajinal doğum için yeterli bilginin tıp eğitiminde verilmemesi, performansa dayalı ücretlendirme sistemi, sağlık kuruluşlarının ticari çıkarları bulunmaktadır (Aktaş ve Gönenç, 2011; Sayiner vd., 2009).

İsteğe bağlı sezaryenlerin eşitlik ve adalet ilkesinde sorunlara neden olmasının başka bir nedeni de toplumsal açıdan ciddi bir ekonomik yük getirmesi ve sağlık hizmetlerindeki sınırlı kaynakların dağılımında problemlere neden olmasıdır (Aktaş ve Gönenç,

2011: 193-194; Korkut ve Kaya, 2019). Sezaryen doğumda hastanede kalma süresi, komplikasyon gelişmesi sonucu kullanılacak tedavi ve uygulamalar hastane maliyetinin artmasına sebep olmakta, etik açıdan değerlendirildiğinde sağlık hizmetlerinde sınırlı kaynakların dağıtımında gereksiz bir tedavi ve uygulamanın yeri bulunmamaktadır (DSÖ, 2018; Kırılmaz ve Ulusinan, 2021). Tıbbi uygulamalarda etik sorumluluk ise gereksiz tedavi ve uygulamalara ayrılacak finansmanın tedaviye ihtiyacı olan ve söz konusu tedaviden yarar sağlayacak hastalara kaydırılmasıdır.

3.3.4. Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Sezaryen Uygulamasına Etkileri

Temel amaç olarak sağlığı yenilemek, geliştirmek ve sürdürmeyi içeren bütün aktiviteler sağlık sistemi olarak ifade edilmektedir (DSÖ, 2000; Murray ve Frenk 2000; DSÖ, 2001; Murray ve Frenk 2001). Sağlık alanında öncelikli sorunları ortaya koyabilecek, uygulanabilir, inandırıcı sonuçları olan, zamanlama açısından bir programa uyabilen, toplumca benimsenebilecek ve uzun vadede geçerliliğini koruyabilecek bir düşünceler ve öneriler seti sağlık politikası olarak tanımlanmaktadır (Eser, 1995: 82). Sağlık sistemini oluşturan tüm kurumlar, hizmetler ve ekonomik düzenlemelerin sağlık politikasını oluşturduğu, çevre ve sosyo-ekonomik faktörlerin de bu politikayı etkilediği, söz konusu politikanın sağlığı etkileyen kamu ve özel sektör ile kâr amacı gütmeyen örgütlerin etkinliklerini içerdiği ifade edilmektedir (Watt, 1994'ten aktaran Çilhoroz ve Arslan, 2018: 800). Diğer bir deyişle sağlık sistemi, ülkelerin kendi sosyo-ekonomik, politik iç dinamikleri ile eklemlenmiş oldukları küresel yapıdaki ekonomik, politik değişimlerden etkilanmektedir. Kapitalizmin geçirdiği evrelerle paralellik gösterecek şekilde sağlık sistemi ve söz konusu sistemin hizmetlerinin değişim ve dönüşüm geçirdiği ifade edilmektedir.

II. Dünya Savaşı sonrası ortaya çıkan örgütlü sağlık hizmetleri, dönem itibariyle ortaya çıkan sosyal refah devletinin bir getirisi olarak uygulamaya konmuş, birçok ülkede

ulusal sağlık sistemleri oluşturulmuştur. Sosyal refah devleti politikaları çerçevesinde sermaye ve işçi arasında bir tür katalizör olan devlet, sağlık hakkını da içeren birçok sosyal hak tanımlamış, kamucu sağlık sistemleri ile sağlık hakkını desteklemış, hizmetin tüm vatandaşları kapsadığı bir uygulamaya gitmiştir. Ancak 1970’li yıllardan itibaren piyasalardaki daralma ve kar oranlarındaki düşüş ile başlayan kapitalizm küresel bir hal alması dünya genelinde derinleşmeye başlamış, kamu yönetimi yeniden yapılandırılmış ve özel sektörde kullanılan yöntemler yaygınlık kazanmıştır. Neo-liberal politikalar çerçevesinde devlet küçültölmüş, kamu işletmeleri özelleştirilmış, açılan boşluk serbest piyasa ekonomisi tarafından doldurulmuştur. Sağlık hizmetlerinde de yeniden yapılandırma, özel sektördeki uygulamalar geçilmesi, yetkilerin alt birimlere devredilmesi, rekabet ve tercihin geliştirilmesi, hesap verebilirliğin sağlanması ve performans uygulamalarının yaygınlık kazanması gibi değişimler yaşandığı görölmüştür (Balcı ve Kırıılmaz, 2007: 141).

Sağlık hizmetleri, neoliberal dönemde tekrardan şekillenerek piyasa dinamikle-rine eklenlenmiş ve ticarileşmiştir. 1980’li yıllarla beraber Dünya Bankası (DB) ve International Monetary Fund (IMF) gibi uluslararası örgütlerin reçetesinde bulunan neo-liberal politikalar paket programlar ile yaşama geçirilmeye başlanmış, sağlık sektörünün yeniden şekillenmesinde de etkili olacak yapısal uyum programlarını gündeme gelmiştir. DB, 1987 yılında “Gelişmekte Olan Ülkelerde Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı” ile 1990 yılında “Gelişmekte Olan Ülkelerde Özel Sektör Aracılığıyla Sağlık Hizmetlerinin Güçlendirilmesi” raporlarını yayımlamış, gelişmekte olan ülkelere; sağlık hizmetleri ve hastanecilik hizmetlerinin özelleştirilmesi, devletin kısıtlı kaynaklarının kırsal yörelere ve koruyucu sağlık hizmetlerine yöneltilmesi, genel sağlık sigortasına geçilmesi önerilerinde bulunmuştur (Yıldırım, 2000: 63; Soyer, 1998: 178).

Türkiye’deki sağlık politikaları açısından değerlendirildiğinde, 24 Ocak 1980 kararlarının yayımlanmasıyla sağlık hizmetlerinin bir kamu sorumluluğu olma durumu tümüyle terkedilmiş (Çobanoğlu, 1996: 105), DB’nin 1986 yılında sağlık sektörü üzerine yayımladığı rapor ile normların dışına çıkan bir süreç başlamıştır.

2003 yılına gelindiğinde Türkiye’de neoliberal politikaların uygulanmasına daha çok imkân sağlayan Acil Eylem Planı uygulamaya konmuş, çıkarılan yasa ve yönetmeliklerle devletin etkinlik alanlarına sınırlamalar getirilmiş, bu alanların piyasa aktörlerine sunulması kolaylaşmıştır. Söz konusu plan çerçevesinde sağlık alanında da yeni düzenlemeler yapılmış, bu doğrultuda Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) hazırlanmış ve hayata geçirilmiştir (Dericioğulları, 2010: 214). Bu programın hayata geçirilmesindeki temel argüman, 2002 yılı öncesinde sağlık hizmetlerinde yaşanan temel problemler olmuştur.

Soyer bu problemleri; sağlık finansmanı ile hizmet sunumunun parçalı yapısı ve hizmet sunumundaki sorunlar, sağlık güvencesinden yoksun kesimin artması ve sağlık hizmetlerinden yararlanmada yaşadıkları sıkıntılar, sağlık hizmetlerine erişimdeki adaletsizlik, sağlık kaynaklarının verimsiz kullanımı, sosyoekonomik düzeylerle doğrudan ilişkili olarak sağlık göstergelerinde bölgeler arası farklılaşma şeklinde özetlemektedir (2009: 179). DB de 2003 tarihli “Türkiye: Yaygınlığı ve Verimliliği İyileştirmek Amacıyla Sağlık Sektöründe Yapılan Reformlar” raporunda, Türkiye’de sağlık sisteminde geniş çaplı bir yeniden yapılanmaya ve düzenlemeye gidilmesi gerektiğini çünkü sağlık hizmetlerinin finansmanında sunulmasında, düzenlenmesinde ve yönetiminde temel ve sistemli değişiklikler yapılmaksızın yapılacak parça parça değişikliklerin sistemi iyileştiremeyeceğini belirtmiştir. SDP, Dünya Bankasının mali desteğiyle sürdürülmüştür (Erençin ve Yolcu, 2008: 120-121; Altay, 2007: 41; Etiler, 2011: 3).

Program çerçevesinde sağlık hizmetleri sunumunda etkili, verimli ve adaletin sağlanması amaç olarak belirlenmiş; bu prensipler çerçevesinde toplumsal sağlık seviyesinin artırılması, daha az maliyet ile daha fazla hizmet üretiminin sağlanması, bireylere ihtiyaca

göre sağlık hizmeti sunumunun sağlanması ve bireylerin ekonomik durumları oranında sağlık hizmeti finansmanına katkı sağlamalarının hedeflendiği belirtilmiştir (Sağlıkta Dö-nüşüm Projesi Konsept Notu, 2003, ırpıcı, 2010). Programın temel ilkeleri ise insan merkezçilik, sürdürülebilirlik, sürekli kalite gelişimi, katılımcılık, uzlaşmacılık ve gönül-lülük olarak ortaya konulmuştur (Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu 2003-2012).

2003 sonrası uygulamaya konulan program ile sağlık hizmetleri sunumunda çeşitli değeriklikler yaşanmıştır. Söz konusu değeriklikler sağlık hizmetlerinin örgütlenmesi, su-numu ve finansmanında gerçekleştirilmiştir (Pala, 2007). 2004 yılında Sosyal Güvenlik Reformu'nun uygulamaya konması, sosyal güvenlik alanındaki kaynakların bütçeye yük oluşturup makro ekonomik dengelerde bozulma yaratması nedeniyle sağlığa ayrılan ka-musal kaynaklar ile bütçe katkısını azaltmak amacını taşımaktadır. 2005 yılında Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK) da dahil olmak üzere bazı sağlık kurumları Sağlık Bakanlığı'na devredilmiştir. Küresel bütçe uygulamasına Sağlık Bakanlığı hastanelerinde 2006 yılında geçilmiş, 2007 yılında özel sağlık kurumları ile ilgili düzenlemeler yapılmış, 2008 yılında Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu yürürlüğe girmiş ve ayakta tedavi hizmetleri için katkı payı 2009 yılında getirilmiştir. İlaçlar ile ilgili küresel bütçe uygula-ması, aile hekimliği uygulamasının yaygınlaştırılması, özel hastanelerin sınıflandırılarak ek ücretlerin belirlenmesi ile tam gün yasası ile ilgili düzenlemelerin getirilmesi 2010 yılına tekabül etmiştir. Birleşik bir sosyal sağlık sigortasının tam anlamıyla uygulamaya konulması 2012 yılında gerçekleşmiştir (şahin vd., 2013: 28-29).

Özetlemek gerekirse sağlık hizmeti üreten bir kurum olan Sağlık Bakanlığı, sağlık piyasasının denetim ve düzenlenmesinden sorumlu bir kurum haline gelmiş, sağlık hiz-metlerinin sunumu ile finansmanı birbirinden ayrılmış, Emekli Sandığı, Bağ-Kur ve SSK gibi sosyal güvenlik kurumları sağlık hizmeti satın alınması temelinde kurumlaştırılan

Genel Sağlık Sigortası çatısı altında birleştirilmiş, Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemine geçilmiş, Sağlık Bakanlığı hastanelerine, döner sermaye gelirlerini kullanma, satın alma ve yatırım ile ilgili kararlarda daha fazla serbestlik tanınmış, özel sektörün rolü artmış, birinci basamak sağlık hizmetlerinde aile hekimliği uygulaması çerçevesinde önemli değişiklikler yaşanmıştır (Ataay, 2006: 87-88; Sülkü, 2011:15).

SDP ile sağlık sistemindeki yeniden yapılanma sağlık alanında kamusal hizmetin özel sektör eliyle verilmesinin teşvik edilerek kamunun rolünün azaltılmasını, sağlık hizmetlerinde piyasa dinamiklerinin işlemlerini, özel sektör yatırımlarının teşvik edilmesini, karlılığın ve verimliliğin temel alınmasını içermektedir. Söz konusu gelişmelerle sağlık alanındaki liberalizasyon gerçekleştirilmiş ve özel sağlık sektörü hızla büyümeye başlamıştır. Sağlık hizmetlerindeki harcamalar bazında kamusal katılım artışına rağmen kamu sağlık yatırımları gereksinimlerin altında kalmış, özel sağlık yatırımları ciddi şekilde özendirilmiş, sağlık sektörünün yapılandırılması kamu kaynaklarından özel sektöre kaynak aktarımı temelinde yapılandırılmış, sağlık finansmanı genel bütçe dışı kaynaklara giderek daha fazla bel bağlamıştır.

Sağlığın piyasalaşması ile sağlık hizmeti bir hak olmaktan çıkmış, bir metaya dönüşmüştür. Sağlık hizmetlerinde piyasalaşma ve metalaşma ise sağlık talebinin artırılması, sağlığı tıbbileştirme ve aşırı teşhis/tedavi uygulamaları ile hızlandırılmıştır. Programın aslında halkın sağlık düzeyini yükseltmek ve geliştirmek şeklindeki amaçlarının uygulama safhasında farklılaşması söz konusu olmuştur. Sağlık alanında yapılan reformlar ile hastaların hakları ile ilgili düzenleme ve iyileştirmeler, hekimliğin otoritesinin dönüşmesi ya da hekim-hasta ilişkisinin yeniden düzenlenmesi açısından olumlu yönde gelişmeler olarak değerlendirilebilecekken 2007 sonrasında gerçekleştirilen hekimlik mesleğinin yapılmasıyla ilgili düzenlemeler, verimliliği ve etkinliği arttırmak için performansa bağlı ücret uygulamaları ile 21 Ocak 2010 tarih ve 5947 sayılı “Üniversite ve Sağlık Personelinin Tam Gün Çalışmasına ve Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair

Kanun” gibi çeşitli değişiklikler, hekim-hasta ilişkisini olumsuz yönde dönüştürmüştür (Cirhinlioğlu ve Cirhinlioğlu, 2012).

Özellikle performans uygulamasının, tıp alanında etik tartışmalara neden olmuş, söz konusu uygulamanın etik olmayan uygulamalara yol açtığı ifade edilmektedir. OECD ve DB’nin 2008 yılında yayımladığı “Sağlık Sistemi İncelemeleri Türkiye” raporunda, SDP’nin hizmet kalitesi, verimlilik ve hasta memnuniyeti yanında kritik bileşenlerinden biri olarak ifade edilen performans uygulaması sisteminin amacının, kamuda çalışan sağlık personelinin motivasyonunu ve üretkenliğinin artırılması yönünde teşvik edilmesi olduğu ifade edilmiştir (OECD ve DB, 2008: 41).

Ancak TTB tarafından 2009’da yayımlanan 1469 hekimin katıldığı araştırmaya göre performans uygulaması dürüst çalışmayı %96,7, mesleki doyumu %88,5, bilimsel araştırma yapmaya ilgiyi %78,2 ve topluma daha iyi hizmet verme olanağını %64,9 oranlarında azalttığı ortaya çıkmıştır (TTB Etik Kurulu, 2009). Aynı araştırmada, döner sermaye gelirlerinden performansa dayalı ödeme sisteminin tetkik, lokal anestezi, yatırılan hasta, yoğun bakıma yatırılan hasta sayısını, endikasyonsuz müdahaleleri, konsültasyon isteme sayılarını, etik olmayan uygulamaları, uygulama hatalarını arttırmasına rağmen hasta başına düşen muayene süresini azaltmış olduğu da belirtmişlerdir. Türk Cerrahi Derneği ise performans uygulamalarının cerrahi alanında tedavi endikasyonlarında genişlemeye, işlem sayısında artışa, çalışma barışının bozulmasına, etik kuralları zorlayan uygulamalarda artışa, cerrahi müdahalelerde hastanın ihtiyaç ve cerrahın deneyimi yerine ilgili performans puanın belirleyici olmasına, eğitim kadrosunun eğitimden çok sağlık hizmeti faaliyetlerine yönelmesine ve eğitim etkinliklerinin kâğıt üstünde yapılmış gibi gösterilmesine yol açtığını ifade etmiştir.

Sağlık birimlerinde ise performans uygulamasına bağlı olarak yatan hasta sayısı ile yatak devir hızında artış yaşandığı; sağlık birimlerinde ortalama kalış süresinde ise azalma olduğu saptanmıştır. 2002 yılında Sağlık Bakanlığına bağlı devlet hastanelerinde

poliklinik ve ameliyat sayılarında %2 ve %10; 2003 yılında %3 ve %16; 2004 yılında ise %31 ve %38 yıllık artış yaşanmıştır. Yine performans uygulaması öncesi hastalara açılan damar yolu sayısı hasta başına 0,1'den performans uygulaması sonrası 2,1'e; enjeksiyon sayısı hasta başına 9,9'dan 13,6'ya; tanısal tetkik sayısı aynı hastalık için hasta başına 18,6'dan 28,2'ye; ameliyatlarda kan kullanımı aynı hastalık için %6'dan %76'ya yükselmiştir. 2010 yılına gelindiğinde Sağlık Bakanlığı hastanelerinde 5.658.819 olan toplam ameliyat sayısının, %81,5 artışla 2014 yılında 10.269.694'e yükseldiği göze çarpmaktadır (Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu [TKHK], 2015).

Bu durum gerçek ya da suni talep yaratmak biçiminde olsun sağlık teknolojisi ve hizmeti tüketiminin arttığını da göstermektedir. Diğer yandan performansa dayalı uygulamaların, etik bakış, hasta yararı yerine metayı koyması nedeniyle hekimlik değerlerinde aşınmaya neden olduğu da ifade edilmektedir. Hekimlere performansa dayalı yapılan ödeme uygulaması ve sağlık çalışanları ile hastalar arasındaki bilgi düzeyindeki asimetri göz önünde bulundurulduğunda yaşamın doğasının tıbbileştirilerek hastalık üretme ve yapay talep yaratmanın önünün açılacağı, hastanın yeterli bilgi sahibi olmamasından hekim açısından karlı olacak bir duruma koşullandırması, hekimlerin geleneksel olarak ön plana aldığı hasta yararından vazgeçme söz konusu olabilmektedir.

Literatürde bu konuda yapılmış farklı çalışmalar da yer almaktadır. Ülkemizde performansa dayalı uygulamaların hekimlerin örgütsel adalet algısını nasıl etkilediğini ölçmek amacıyla 804 hekimle gerçekleştirilen bir çalışmada, hekimlerin yaklaşık %90'ının günlük sekiz saatten fazla çalıştığı ve profesyonel tükenmişliğin ciddi bir problem olarak olduğu, hekimlerin sağlık ekonomisinin sürdürülebilirliğinin zedelenmesi ile mesleki saygınlığın kaybedilmesinden ciddi şekilde kaygı duyduğu, gereksiz endikasyonlar, yetersiz tedaviler ve etik problemlerin hızla büyümeye devam edeceği ortaya konmuştur (Orhaner vd., 2020: 179-184).

Bir başka çalışma 165 sağlık personeli üzerinde gerçekleştirilmiş, çalışmaya katılan sağlık personelinin ciddi bir çoğunluğu performansa dayalı ödeme sisteminde değişikliğe gidilmesi gerektiğini, iş yükü ve mesleğe göre aldıkları performansa dayalı ödemenin yetersiz olduğu, söz konusu sistemin meslek grupları arasında çatışmaya yol açtığı, niceliksel bir döküm sonucu ücretlerine yansıtılan ödemenin adil olmadığını belirtmiş; çalışmaya katılan uzman hekimlerin %70'inin, pratisyen hekimlerin %50'sinin ve asistan hekimlerin %78'inin bu sistem ile tetkik sayısı ile bunun parasal miktarında bir artış olduğunu belirttiği ortaya çıkmıştır (Çakır ve Sakaoğlu, 2014; 14-19). 546 hekimin katıldığı bir araştırmada, hekimlerin %86'sının ücretlendirme politikasını adil bulmadığı, %71'inin kurumlarının mesleki gelişim ve kariyer imkanlarının adil olmadığını düşündüğü ortaya çıkmıştır (Cihangiroğlu vd., 2010: 74-81).

Anestezi uzmanı ve teknisyeninden oluşan 102 sağlık çalışanının katıldığı bir araştırmada katılımcıların %93,76'sının performansa dayalı ödeme sisteminin adil olduğunu düşündüğü, anestezi uzmanlarının %52'sinin bu sistem sonrası endikasyonu olmayan girişimler yapılmaya başladığını belirtmiştir. Aynı çalışmada anestezi ile genel cerrahi uygulamaları retrospektif olarak incelenmiş, 2003 yılında toplam 1230 hastanın 54'üne daha çok gelir getiren rejyonal anestezi uygulanırken 2007 yılında 1505 hastanın 362'sine uygulanmış; 2003 yılında 1230 elektif cerrahi operasyon uygulanırken 2007 yılında bu sayı 1505'e çıkmış, cerrahi operasyon sayısı %22,36 oranında artmıştır (Küçük vd., 2012: 263-264).

Başka bir çalışmada 25 hekim ile görüşülmüş, hekimlerin %92'si performansa dayalı ücretlendirme sistemi sonrası test, tetkik ve tıbbi müdahale sayısında artış olduğunu, %88'i hekimler arasında problemlerin arttığını, %80'inin ilaç ve tıbbi malzeme kullanımında artış olduğunu belirttiği ortaya konulmuştur (Yiğit, 2017: 5). Teşhis ilişkili

Gruplar (TİG/DRG)¹⁴ üzerine yapılan niteliksel bir çalışmada 14 hekim ile görüşülmüş, performans sistemi ile tıp mesleğinin bazı hekimler açısından kar/fayda maksimizasyonu temelli bir sürece dönüştüğü, bu sürecin hastanın tıbbi ihtiyaçları ile ilgili kaygılardan çok hastane bütçesinin ve hekimin performans ödemesine dayalı kaygılarla bağlantılı olduğu bunun sonucunda ise hekimlerin iş yerlerinde etik ikilemlerle sürekli karşı karşıya kaldığı ortaya çıkmıştır (Aktaş, 2022: 1777).

Yapılan bu çalışmaların da gösterdiği üzere SDP ve bu çerçevede uygulamaya sokulan uygulamaların hak, eşitlik, adalet ve özgürlük bakımından sorunun muhataplarının da katılımıyla müzakereye ihtiyacı olduğu görülmektedir. Hekimlerin yer aldığı kurumsal yapılarda hekimler için adil şeffaf kaynak dağıtımı, açık bilgi paylaşımı, saygı, özerkliğin garanti altına alınması ve kararlara katılım söz konusu değilse kurumsal bağlılık, performans, verimlilik ve üretkenliğin düşeceğinden bahsetmek mümkündür. Bu manada etik ilkeler hastaların haklarını korumak için olduğu kadar hekimin haklarını korumak için de işlevsel kılınmalıdır.

Sağlık hizmetinin büyük bir bölümünü topluma sunulan sağlık hizmeti oluşturmakta ve söz konusu hizmetin niteliğine toplumun dikkatini çekmenin, hekimin görevi olduğu ifade edilmektedir. Ancak Yıldırım ve Kadioğlu'nun belirttiği üzere uygulamalar çerçevesinde bir değeri korumak için bir diğerinin harcandığı bir etik ikilemin ortaya çıkması mümkündür (2007: 77). Sağlık politikalarından soyutlanan bir etik anlayış olmaya-çağından sağlık hizmetinin sunumun haklar temelinde bir yaklaşım ile yapılması gerekmektedir. Performansa dayalı uygulamalar sonucunda hekim için yaşanacak ikilem, daha fazla zaman harcayarak daha az hastaya daha nitelikli bakım sağlamak ile daha fazla ek ödeme için daha az zaman ayırarak daha fazla hastaya daha hızlı bakım sağlamak arasında

¹⁴ Diagnosis Related Groups (DRG) / Teşhis İlişkili Gruplar (TİG) sistemi, dünyada yatan hastalara yönelik bir geri ödeme modeli olup, uluslararası alanda sağlık hizmet sunucularına yönelik bir ödeme veya bütçeleme aracı olarak kullanılmaktadır.

olacaktır (Üstüner ve Kalav İdrisoğlu, 2014: 186). Diğer yandan SDP'nin tıp eğitimi üzerindeki etkilerine değinildiğinde, eğitiminin verildiği üçüncü basamak sağlık kurumlarının eğitim ve araştırma yerine faaliyetlerini kurumsal kazanç sağlayan hizmet faaliyetlerine kaydırıldığı, yatak devir hızlarının yükselmesi ve hasta sirkülasyonunun artmasına bağlı olarak öğrencilerin uzmanlık sürecinde hastalarla uzun süre temas edebilmesini, gözlem yaparak olgulara müdahalede bulunabilme imkanını kısıtladığı ortaya çıkmaktadır.

Burada değinilecek diğer bir nokta çalışmanın temel sorunsalı bağlamında sezaryen uygulamalarında devletin rolünün ele alınmasıdır. Türkiye'de artan üreme sağlığı sorunlarından birisi, yıllar ile artan sezaryen oranlarıdır. Bu çerçevede SDP'nin sezaryen uygulamalarına etkisine değinilmesi gerekmektedir. Küresel çapta bir problem olan sağlığın tıbbileştirilmesinin özellikle kadın merkezli olarak Türkiye'de vardığı boyutlar önem arz etmektedir. SDP, sağlığın doğuştan kazanılan bir hak olması temelinde sağlık hizmetlerinin herkese eşit olarak ulaştırılacak bir biçimde örgütlenmesi şiarıyla yola çıkmıştır. Cinsiyet, sosyal statü ve sosyal sınıf gibi hiçbir ayırımın sağlık hizmetinden yararlanmaya engel teşkil etmemesi, sağlık hizmetlerinin kolay erişilebilir olması amaçlanmıştır. Gelişmişlik seviyesine bağlı olarak vatandaşların sağlık konusunda daha fazla harcama yapmayı istemesi, artan beklentilerin karşılanması için hem bakım hem de tedavi açısından daha maliyetli hizmetlerin kullanımının gerektiği göz önünde bulundurulmuştur. Türkiye Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Programı ile cinsel sağlık ve üreme sağlığı alanındaki hizmetlerin kullanılabilirliği ve erişilebilirliğinin artırılmasını amaçlanmıştır.

Doğum Öncesi Bakım Yönetim Rehberi hazırlanmış ve buna göre gebelerin herhangi bir riski yoksa en az 4 kez izlemi sağlanmaya başlanmıştır. Diğer yandan riskli gebelik protokolleri hazırlanmıştır. TNSA 2003'te %80,9 olan doğum öncesi bakım oranı, 2013 yılında %97, 2018 yılında ise %96 olarak ortaya çıkmıştır (TNSA, 2018). Yine bu kapsamdaki Anne Dostu Hastane Programı ile gebe, lohusa izlemine ve güvenli

koşullarda tüm doğumların hastanede gerçekleştirilmesini sağlayarak anne ve bebek ölümlerini azaltmayı amaçlamış, sezaryen oranlarının makul düzeylerde olmasını sağlamak ve eşitsizlikleri ortadan kaldırmak amacıyla sağlık kuruluşlarında doğum ve sezaryen oranlarını izlenmeye başlanmıştır. Program çerçevesinde hedeflenen olumlu girişimler karşısında sağlık sisteminin piyasalaşması, devletin üreme sağlığı hizmetlerindeki rolünü özel sektöre bırakmış olması, hastalık, talep ve tedavi odaklı bakış açısının, korunma ve gereksinim odaklı bakış açısı yerine geçmesi gibi gelişmeler yaşanmıştır.

Türkiye’de Robson Sınıflandırılmasına göre gerçekleştirilen bir analizde, 1.266.300 sezaryen incelendiğinde genel sezaryen oranı %51,2; devlet hastanesinde %39,7, özel hastanede %70,6 ve üniversite hastanesinde %70,3 olarak bulunmuş; özel hastanelerde yapılan doğumların %44,6’sı tıbbi gerekçeye bağlı olmadan gerçekleştirilmiştir (Eyi Yapar ve Mollamahmutoğlu, 2021). Üçer, sezaryenle doğum oranını böylesine yüksek olmasının sağlığın piyasalaştırılmasının bir örneği olduğunu belirtmektedir (2013: 262). Sezaryen, vajinal doğumun güvenle tamamlanmasının mümkün olmadığı durumlarda ya da bebek veya annede hastalık/ölüm oranında belirgin artış riskinin bulunması durumunda yapılması gereken bir uygulamadır. Sezaryen sayılarındaki artışın anne ve bebek mortalite ve morbidite oranını artırdığı kanıtlanmıştır. Gebelerde doğrudan ölüm nedenleri, kanama, preeklampitik hastalıklar, pulmoner emboli; dolaylı ölümün nedenleri ise serebrovasküler hastalıklar, kalp hastalıkları ve sepsis olarak belirtilmektedir. Önceki sezaryen doğum, uzamış doğum, oksitosin indüksiyonu ve acil sezaryen doğum, doğum sonrası kanamalı kadınlarda ciddi kan kaybının en güçlü nedeni olarak ortaya konulmuştur.

Literatürde yer alan bebek ölüm oranlarının araştırıldığı bir çalışmada yer alan doğumların, “%49,6’sının...sezaryen ile doğduğu, %46,2’sinin...doğumda resüsite edildiği” ancak sezaryen endikasyonu veya nedeninin tam olarak bilinmediği, “sağlık

hizmeti ile ilgili özellikler incelendiğinde ise vakaların %93,5'inin...bir sağlık kuruluşunda doğduğu" (Korkmaz vd., 2013; 108-111) görülmüştür.

Burada göz önünde bulundurulması gereken bir diğer nokta sağlığın tıbbileştirilerek arz talep ilişkisine dönmüş olmasıdır. Sezaryen hem hekim hem sağlık kuruluşu açısından sağladığı avantajlar (ekonomik getirisinin fazla olması, kısa sürede uygulanması, çalışma saatlerine göre ayarlanabilmesi) talep artışının oluşturulmasının en büyük nedeni olarak görülebilmektedir. Talep, tüketicinin eğilimleri ile oluşması dolayısıyla piyasa açısından kâr maksimizasyonunu sağlamak için tüketicinin uyarılmasına gereksinim duymaktadır. Sağlık alanındaki bilgi asimetrisi olması, eğilimin yönlendirilmesini kolaylaştırmak için bir araçtır (Pala, 2011: 75-76).

Sağlık alanında ciddi tıbbileştirme, arz talep ilişkisinin piyasa lehinde işlemesine hizmet etmektedir. Sağlık alanında başvuru sayısı, görüntüleme tetkikleri, cerrahi girişim, sezaryenle doğum sayıları ile ilaç tüketimlerindeki artış talep artışının sağlanmasında başarılı olduğunu göstermektedir. Sezaryen açısından değerlendirildiğinde performans sisteminde temel alınan verimlilik kavramının hangi göstergeler bazında değerlendirildiği önem taşımaktadır. Söz konusu göstergeler, yatan hasta oranı, yatak doluluk oranı, ortalama kalış günü gibi ölçütlerden oluşan faaliyet göstergeleri; toplam borcun toplam gelire oranı, toplam gelirin giderlere oranı gibi maliyet odaklı olan finansal göstergeler; günlük cerrah başına düşen ve günlük ameliyat masası başına düşen ortalama ameliyat puanı ile sezaryen oranı gibi klinik göstergelerden oluşmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2009: 28).

Gebelik izleminde SDP ile ultrasonografili kontrollerde anlamlı artış saptanmış, ortalama kontrol 5 iken 7'ye çıkmış; zekâ testleri, anomali taraması ve oral glukoz tolerans testinin yapılma oranlarının arttığı görülmüştür (Aynioğlu vd., 2014: 11-14). SDP çerçevesinde gebe izlem sayısının dördün altına inmemesi için alınan performans kararlarının bu durumu etkilediği ifade edilmekte, ancak aile hekimlerinin performans

kaybı korkusunun motivasyonu olumsuz yönde etkilediği dile getirilmektedir. DSÖ bir ülkenin sağlık sisteminin herkese gerekli olan sağlık hizmetinin yüksek kalitede verilmesini sağlayacak şekilde tasarlanması gerektiğini belirtmektedir.

SDP'nin toplumun tüm kesimlerine eşit şekilde sağlık hizmeti ulaştırma amacını, doğum öncesi ve doğum sonrasında verilen hizmetlerinden yararlanılması açısından değerlendirmek gerekmektedir. Türkiye'deki çocuk yaştaki evliliklerin meşrulaştırılmasına bağlı olarak gerçekleşen ergen dönemdeki yüksek riskli gebelikler sezaryen oranlarının artmasında rol oynamaktadır. Ergen gebeliğe bağlı olarak yenidoğanda görülen komplikasyonlar da artmaktadır. Bir çalışmada ergen annelerin “%27,1'i sezaryen doğum” gerçekleştirmiş, “%21,4'ü fetal distress”, “%16,1'inin baş-pelvis uyuşmazlığı”, “%28,6'sı tekrarlayan sezaryen”, “%16,1'i uzamış doğum eylemi” nedeniyle sezaryen uygulaması geçirdiği görülmüştür (Gör Uslu ve Çoban, 2020: 32-33). “Türkiye'deki Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Durum Analizi” çalışması, ergen annelerin eğitim, gelir düzeylerinin düşük olduğunu, geniş ailede yaşadıklarını ve gebelik önleyici yöntem kullanım oranlarının düşük olduğunu göstermiştir (CİSÜ, 2021).

Hizmetlere erişim önündeki toplumsal, sosyo-kültürel, ekonomik engeller doğum öncesi ve doğum sonrası bakım hizmeti kullanımını azaltmakta, söz konusu hizmetlerin sayısı yeterli olmasına karşın niteliğinin artırılması gerekmektedir. Kadın sağlığı açısından bakıldığında ise konunun spesifik olarak ele alınması gerektiği ortaya çıkmaktadır çünkü kadınların sağlık gereksinimlerinin her zaman talebe dönüşmeyebileceği, kadınların sağlık durumuyla ilgili birçok konunun hastalık kabul edilmeyebileceği göz önünde bulundurulmalıdır.

4. ARAŞTIRMANIN GEREKÇESİ, AMACI, HİPOTEZLERİ

Bir araştırmanın gerçekleştirilebilmesi için belli bir çerçevesinin olması ve önceden tasarlanmış bir yönteme göre gerçekleştirilmesi önem arz etmektedir. Bu bölümde araştırmanın gerekçesi ve amacı açıklanmaya çalışılmış, hipotezlerine yer verilmiştir. Sonraki bölümde araştırmanın yöntemi ele alınmıştır.

4.1. Araştırmanın Gerekçesi ve Amacı

Doğum süreci kadını birçok riskle karşı karşıya bırakabilecek bir süreç olarak karşımıza çıkmaktadır. Kuşkusuz kadının doğum şekli bu süreçte karar verilmesi gereken önemli bir konudur. Karar verme sürecinde ise kadının ve bebeğin durumunun değerlendirilmesi önem arz etmektedir. Karar verme sürecini birçok faktör etkileyebilmektedir. Kadınlara bu süreçte verilecek destek ve bilgilendirme ile onların daha sağlıklı ve doğru tercih yapmaları sağlanabilmektedir. Bu sebeple gebelerin son trimestırda hem vajinal doğum hem de sezaryen doğum ile ilgili olarak yeterince bilgilendirilmeleri önemlidir (Todman, 2007: 357-361). Burada kadınların kendi özerkliklerine bağlı olarak alınacak aydınlatılmış onamları önemlidir.

Vajinal doğum sıklıkla kullanılan, kadın vücudunun fizyolojik yapısına uygun bir doğum şeklidir. Bu bağlamda mümkün mertebe müdahale edilmeden yapılan doğumlar normal doğum olarak adlandırılmaktadır (Littleton, 2002). Ancak çeşitli endikasyonlar sonucu (baş-pelvis uyumsuzluğu, bebeğin duruş bozuklukları, fetal distress, distoni, iri bebek, geçirilmiş sezaryen gibi durumlarda) anne veya bebek açısından vajinal doğum süreci riskli olabilmektedir. Bu durumda bebeğin abdominal doğum diğer bir deyişle sezaryen yöntemi ile doğurtulması gerekmektedir. Endikasyonsuz sezaryen uygulamaları etik normlar içinde yer almamaktadır. Cerrahi bir uygulama olan sezaryen tıbbi gerekçelerle yapılmalıdır ve vajinal doğumun alternatifi olarak görülmemelidir. Endikasyon kaynaklı bir zorunluluk olmadığı müddetçe rutine bağlanmış sezaryen

uygulamaları etik dışı olması ile birlikte hem ciddi sağlık risklerine neden olabilmekte hem de maliyetli bir uygulama olması nedeniyle ülke ekonomisine yk oluşturmaktadır. Sezaryen doğuma bağlı anne ve bebek ölüm oranlarının vajinal doğumla karşılaştırıldığında 4-7 kat daha fazla olduğu ifade edilmektedir (Thivierge, 2006).

Dünyada ve ülkemizde en çok başvurulan cerrahi girişimlerden biri sezaryendir (Karabel, vd. 2017: 158-163). Sezaryen hızları ülkemizde yıllara göre giderek artmaktadır. Ülkemizde tüm doğumlar içinde sezaryen oranının %52 olduğu görülmektedir (TNSA, 2018: 115-116). Bu oranın, “2000 Yılında Herkese Sağlık” kapsamında hedeflenen %15 oranından çok yüksek olduğu göze çarpmaktadır (Yumru, vd. 2000: 94-98). Önceleri sezaryen, gebenin hayatını kurtarmaya yönelik olarak son kertede başvurulan bir uygulama özelliği taşıyorken daha sonra yeni doğanın hayatını kurtarmaya yönelik düşük riskli bir operasyon halini almıştır. Bugün daha çok gebenin tercihi ve hekimin zaman yönetimi açısından tasarrufunu sağlayan bu cerrahi uygulamada tıbbi zorunluluğun daha az etkili olduğu görülmektedir.

Endikasyon yelpazesinin genişlemesiyle 1960’lı yıllarda sezaryen endikasyonu olarak görülmeyen teşhislerin, bundan yirmi yıl öncesine bakıldığında endikasyon olmaya başladığı görülmektedir (Dölen ve zdeğirmenci, 2004). Bu bağlamda sezaryen uygulamalarının artan oranı ve sezaryen uygulamaları çerçevesinde hastanın ne kadar aydınlatıldığı, aydınlatılmış onamının alınıp alınmadığının, alınan aydınlatılmış onamın ise usulüne göre alınıp alınmadığının biyoetik açıdan incelenmesi, tezin temel problemi olarak ifade edilmiştir. Söz konusu problemin yanıtının bulmak için çok boyutlu bir bakış açısı gerektiği görülmektedir. Tez çalışmasında sezaryen geirmış kadınlar üzerine bir araştırma yapılacaktır. Kuşkusuz soruna yalnızca kadınların perspektifinden yaklaşılacaktır. Bu çalışmanın çıkış noktalarından olan bu sorular aydınlatılmış onam merkezinde biyoetik perspektifinden değerlendirilmeye çalışılacaktır.

Bu çerçevede bu çalışmanın amacı, kadının aydınlatılmış onamı çerçevesinde sezaryen uygulamalarında biyoetik bir değerlendirme ortaya koymaktır. Özellikle Türkiye’de sezaryen uygulamaları öncesi aydınlatılmış onamın usulüne uygun olarak alınmadığının ortaya konulması amaçlanmaktadır. Bunun için önce biyoetik, biyopolitika, biyoiktidar kavramlarının anlaşılması sağlanacaktır. Ayrıca aydınlatılmış onam kavramının biyoetik açısından betimlemesi yapılacaktır. Sezaryen uygulamalarının tercih edilme nedenleri araştırılırken aydınlatılmış onamın sezaryen uygulamalarındaki öneminin ortaya konulması hedeflenecektir.

Sezaryen doğum vajinal doğumun alternatifi değildir. Tıbbi bir gerekçe olmaksızın sezaryen doğuma başvurulması beraberinde birçok tıbbi ve etik sorunun meydana gelmesine yol açmaktadır. Kadınların doğum tercihlerine karar vermede bilgilendirilmiş olmaları ve etik ilkeler önemli yer tutmaktadır. Doğumun gerekçe olmaksızın tıbbileştirilmesi insan haklarına aykırı bir durum yaratabilmektedir. Sezaryen uygulamalarının aydınlatılmış onam bağlamında ele alınmasının özellikle bu konunun toplumsal cinsiyet bağlamında değerlendirilmesinin ülkemizde çok fazla çalışılmamış bir alan olduğu ve çalışmalarında da yukarıda sayılan birçok soruya yanıt vermede yeterli olmadığı görülmektedir. Kısaca çalışmanın temel amaçları; biyoetik, biyopolitika ve biyoiktidar kavramlarının anlaşılması ve söz konusu kavramlar arasındaki bağın ortaya konulması; aydınlatılmış onam kavramının biyoetik açısından betimlenmesi, sezaryen uygulamalarının tercih edilme nedenlerinin araştırılması olarak ortaya çıkmaktadır.

4.2. Araştırmanın Hipotezleri

Biyoetik bağlamında aydınlatılmış onam kavramının sezaryen uygulaması özelinde değerlendirilmesi amaçlanan bu çalışmanın soruları şunlardır:

- Doğum şekline karar vermek kadının hakkı değil midir?
- Kadının kararına müdahale etmek hasta ve insan haklarına uygun mudur?

- Özerklik ilkesi gereğince kadınların isteğe bağlı sezaryen olmaları nasıl değerlendirilir?
- Sağlıklı olmayan göstergelere rağmen elektif sezaryen önerebilir mi?

Bu çerçevede araştırmanın hipotezi şu şekildedir: Kadının aydınlatılmış onamı sezaryen uygulamalarında biyoetik açıdan ciddi bir öneme sahiptir. Aydınlatılmış onam, kadınların sezaryen konusunda karar verme süreçlerinde etkilidir. Türkiye’de sezaryen uygulamaları öncesi aydınlatılmış onamın usulü uygun olarak alınması konusunda sıkıntılar mevcuttur.



5. YÖNTEM

Çalışmada kullanılan araştırma yöntemi nitel araştırma yöntemidir. Araştırmaya yardım etmesi için literatür taraması yapılmış, kurumsal web sayfaları, elektronik kitap ve dergi veri tabanlarından ulaşılan ilgili bilimsel yayınlardan yararlanılmıştır.

5.1. Nitel Araştırma Yöntemi

Sosyal bir gerçeklikte yaşıyor olmamız sebebiyle sosyal dünyayı nasıl kavramlaştırıp, inceleyebileceğimiz ve genel anlamda kabul gören değerlendirmeleri nasıl yapabileceğimiz (Kümbetoğlu, 2005: 16) sorularına yanıtın çeşitli yol ve yöntemler izlenerek verilmesi mümkündür. Kuşkusuz seçilen yöntem, dayandığı yaklaşımlar çerçevesinde konuya nereden bakıldığı ve nasıl ele alındığını belirlemektedir. Bunlardan pozitivist yaklaşım, sosyal gerçekliğin doğa yasalarına bağlı olarak bilimsel olarak kavranabileceğini ileri sürmektedir. Niteliksel yorumsamacı yaklaşım ise sosyal gerçekliği ele alırken sosyal olgunun doğa bilimlerinde kullanılan yöntem ve teknikler ile kavranmayacağı temellendirmesinden yola çıkmaktadır (Clarke, 2001: 33). Çünkü niteliksel yorumsamacı yaklaşımda sosyal gerçeklik, toplumsal yapı içinde birbiriyle sürekli etkileşim halinde bulunan birey ya da grupların eylemleri ile inşa ettiği, durağan olmayan, zamana ve kültüre göre sürekli değişen bir bütünlük olarak ele alınmaktadır.

Strauss ve Corbin'e (1990) göre bireylerin yaşam tarzları, öyküleri, davranışları, örgütsel yapılar ve toplumsal değişmeyi anlamaya dönük bilgi üretme süreçlerinden biri nitel araştırma olarak ifade edilmektedir. Sandelowski (2004) nitel araştırma yöntemini, birey ve grupların sosyal dünyayı anlama, deneyimleme, yorumlama ve üretme biçimlerini anlamayı amaçlayan tutum ve stratejileri içeren bir kavram olarak ifade etmektedir. Nitel araştırma yönteminin bir özelliği görüşmecilerin görüşlerinin elden geldiğince doğrudan okuyucuya sunulmasıdır. Bu çerçevede bireyler tarafından olaylara

yüklenen anlam ve bu olayları niteleme biçimleri sorusuna cevap bulunmaya çalışılmaktadır (Dey, 1993). Yani bireylerin olaylara kişisel bakış açılarının keşfedilmesi amaçlanmaktadır. Bu bağlamda araştırmacının olabildiğince gözlem yapması, detayları gözden kaçırmaması ve ön yargılardan uzak olması gerekmektedir. Çalışma özellikle kadınların bakış açılarını ve deneyimlerini ortaya çıkarmayı amaçlamaktadır. Bu nedenle de çalışmada feminist metolojiden yararlanıldığını söylemek yanlış olmayacaktır. Bu açıdan bakıldığında feminist metodoloji, epistemolojik temelleri bakımından pozitivist sosyal bilime yönelik eleştirileri ile yorumlayıcı ve eleştirel sosyal bilim yaklaşımları ile ortaklıklar taşımaktadır.

Geleneksel bilim anlayışı büyük ölçüde erildir ve kadınların deneyimlerinin görünmez kılındığı, erkek deneyimlerinin genelleştirildiği ve nötr olarak sunulduğu bir çerçeveyi benimsemektedir. Feminist araştırma ise kadınların günlük deneyimlerini anlatmaktadır. Duruş noktası kuramcılarından Harding, Haraway, Jagger, Smith sosyal bilimsel araştırmalarında başlangıç noktası olarak kadınların somut/gündelik deneyimlerinin alınmasını önermektedirler (Özcan, 2015: 273-274). Brooks bunu, kadınların deneyimleriyle başlayan, bu deneyimlerle yol alan bir dünyayı anlama yöntemi olarak ifade etmektedir (2007: 60). Bu çerçevede öne sürülen pozitivistin, yukarıdan bakan bir objektif bilgi iddiasının yanılsama olduğudur. Çünkü Haraway'ın (1991) de belirttiği gibi bilgiye erişen her zaman, bilginin tam içinde analiz etmeye çalıştığı dünya ile tanımlı bir konumdur.

Konumlanmışlık içinde bilimsel bilginin üretimi de etik ve siyasal bir pozisyon alma durumu da konumsal ve metodolojik açıklık yoluyla mümkün gözükmemektedir. Bu belli bir sosyal konuma epistemolojik ayrıcalık tanınması anlamına gelmemekte ancak belli grupların deneyiminin görünür kılınmasına, baskı mekanizmalarının ortaya çıkarılmasına yaramaktadır. Tabi bu mekanizmaların iç işleyiş ve mantıklarını ortaya koymak için söylem yoluyla öznelere konumlandıran ve deneyimlerini üreten tarihsel

süreçlere yönelme ihtiyacı vardır. Skeggs deneyimi bir yorum ve yorumlama ihtiyacı olarak betimlemektedir (1997: 28).

Diğer yandan iktidar ilişkileri çerçevesinde bireylerin dışlama ve tahakküm altına alınma süreçleri ile ilgili çeşitli yol ve yöntemlere dair geniş bir bakış açısı, gündelik yaşam veya deneyim perspektifi ile gözle önüne serilebilmektedir. Gerçekliğin ya da bilimsel bilginin kısmi olarak elde edilmesi araştırmacının konumlanmışlığının farkında olması ve bunu açık etmesiyle yakından bağlantılıdır. Bu, bilginin belli bir zaman, mekân ve tarihsel güç ilişkileri kesişiminde, maddi ve söylemsel olarak konumlanmış pozisyondan elde edildiğine işaret etmektedir. Bu, bir yerden bakıştır ve nereden baktığını da söylemektedir. Kişisellikten arındırılmış değildir. Bu çerçevede araştırma nesneleri ile kısmen yan tutan, kısmi özdeşleşmeyle gerçekleştirilen bilinçli taraflılık, araştırmacı ve araştırma nesneleri arasındaki dikey ilişki ve yukarıdan bakış yerini aşağıdan bakışın benimsenmesi, araştırma sürecinin hem araştırma özneleri hem de araştırma nesneleri için bir bilinçlenme süreci olması, kolektif bir iç sorgulama ile kadınların kendi deneyimlerini kolektifleştirmesinden bahsetmektedir (Harding, 1995: 42; Mies, 1995: 52-56; Kümbetoğlu, 2008: 57) .

Tam da bu noktada nitel araştırma tekniklerinin kadınların duygu ve davranışlarını, geleneksel araştırmanın tersine onayladığını, öznellik, duygusallık ve samimiyeti prensip olarak kabul ettiği karşımıza çıkmaktadır. Burada amaç, kadınların deneyimlerine “ses” vermektir. Bu bizi Bakhtin'in heteroglossia¹⁵ kavramına, farklı seslerin duyurulmasına götürmektedir. Buradan hareketle nitel araştırmalarda önemli bir veri toplama tekniği derinlemesine görüşme olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu veri toplama tekniği ile görüşmecilerin araştırılan konu ile ilgili deneyim, tutum ve inanç

¹⁵ Heteroglossia kavramsal olarak farklı dil ve söylemlerin bir arada bulunup çarpışması anlamı taşıırken temelde çokseslilik kavramına dayanmaktadır. Geniş tartışma için bk. Bakhtin, M., (1994), **The Dialogic Imagination: Four Essays**, Austin: University of Texas Press.

durumları hususunda ayrıntılı bilgiye ulaşılabilmektedir (Sevencan ve Çilingiroğlu, 2007: 1-6). Bununla paralel olarak nitel araştırmalarda az sayıdaki kişiden detaylı veri sağlamak amaçlanmakta ve araştırma konusuna dair yüzeysel bilgiden çok sorun alanındaki kişilerin düşünce, görüş, fikir, bakış açısı ve deneyimlerine önem verilmektedir (Kümbetoğlu, 2005). Bu nedenledir ki çalışmada veri toplama tekniği olarak derinlemesine görüşme tekniği kullanılmıştır. Diğer yönden en uygun tekniğin seçilmesi kadınların kendi seslerinden deneyimlerini paylaşmalarını sağlamak açısından önem taşımaktadır. Nitel araştırma deneyim aktarımı söz konusu olduğunda, deneyimleri ortaya çıkarma ve anlamlandırmada daha işlevsel olarak görülmektedir.

Bu araştırmanın amacı kadının aydınlatılmış onamı çerçevesinde sezaryen uygulamalarında biyoetik bir değerlendirme yapmak, Türkiye’de sezaryen uygulamaları öncesi aydınlatılmış onamın usulüne uygun olarak alınmadığının ortaya koymaktır. Sezaryen uygulamalarının tercih edilme nedenleri araştırılırken aydınlatılmış onamın sezaryen uygulamalarındaki öneminin ortaya konulmasıdır. Disiplinlerarası çalışmaların artması nedeniyle son yıllarda sağlık alanında nitel araştırmalarda bir artışın yaşandığı dikkat çekmektedir. Reinharz (1992) da feminist araştırma pratikleri için yeni yaklaşımların eklenerek farklı yöntemlerin bir arada kullanan çoğul araştırma stratejilerinin geliştirildiğini belirtmektedir. Harding (1995) ise tek bir feminist yöntemden söz edilemeyeceğini, feminist araştırmaların yöntem olarak sınırlanamayacağını ifade etmektedir.

Çalışmamızın amacına baktığımızda, kadınların deneyimlerini nasıl anlamlandırdıklarına ışık tutmaya çalışıldığı görülmektedir. Bu nedenle derinlemesine görüşmenin en uygun teknik olduğu kararlaştırılmıştır. Çünkü bir olayın deneyimlenmesi bireyden bireye farklılık göstermekte, birçok faktör de deneyim biçimini etkileyebilmekte, aynı konu ve aynı soru bile görüşmeciler için farklı farklı aktarımlar yaratabilmektedir. Skeggs (2007) hem kadın deneyimlerinin derinlemesine incelenmesi

hem de bu deneyimlerden nasıl bilgi elde edilebileceğinin yollarının bulunması gerektiğini ileri sürmektedir.

Diğer yandan yorumsamacılık temelli nitel araştırma, verinin elde edilme sürecinde yararlandığı derinlemesine görüşme yöntemi ile büyük örneklem yerine daha az sayıda bireyin temsil ettiği gerçekliği ortaya koymayı planlamaktadır. Yani bireylerin algılarını, hissedişlerini, deneyimlerini, düşüncelerini yani bireylerin gerçekliklerini kendi ifadeleri ile tanımlamalarını ayrıntıları ile ele almak az sayıda kişinin oluşturacağı bir örneklem üzerinde çalışılması anlamına gelmektedir. Çalışma için doğumunu sezaryen ile gerçekleştirmiş 18-45 yaş arası kadınlar arasından 10 kişilik görüşme grubu belirlenmiştir. Kartopu örneklemesiyle katılımcılara ulaşılmıştır. Görüşmecilere ilk olarak yakın çevredeki kadınlar aracılığı ile ulaşılmaya çalışılmıştır. Araştırmanın amacı hakkında bilgi verildikten sonra, çevrelerinde sezaryen geçirmiş kişilerin bulunup bulunmadığı, varsa bu kişilere ulaşıp ulaşılamayacağı öğrenilmeye çalışılmıştır. Belirli durumlarda referans kullanılarak, görüşülen bir kişinin ya da görüşülmek istenen kişiyi tanıyan kişinin, görüşülecek aday için teşvik edici olmasını sağlanmıştır. Uzak tarihler yerine yakın bir zaman dilimi için randevu almaya özen gösterilerek unutma, iptal etme, vazgeçme gibi riskleri en aza indirilmeye çalışılmıştır.

Bu yöntem ile görüşmelerden 3'ü gerçekleştirilmiş, görüşmecilerin 7'si görüşmecilerin diğer bağlantıları ile bulunmuştur. Araştırma verileri 02/12/2021-18/03/2022 tarihleri arasında toplanmıştır. Potansiyel 18 görüşmeci ile görüşülmüş sonuç olarak belirlediğimiz 10 kişilik görüşmeciye ulaşılmıştır. 3 görüşme yüz yüze; 7 görüşme çevrimiçi olmak üzere toplam 10 görüşme gerçekleştirilmiştir. Görüşmelerin yüz yüze yapılması durumunda görüşmecilerin uygunluk durumlarına göre kendilerine uygun mekânda ve zaman diliminde yapılmıştır. Diğer görüşmelerin farklı şehirlerde olması nedeniyle görüşmeler çevrimiçi olarak gerçekleşmiştir. Görüşmecilerin izninin alınmasını müteakip bütün görüşmeler kayıt altına alınmıştır. Görüşmecilerin

kimliklerinin gizlenmesi etik ilkeler doğrultusunda gerçekleştirilmiştir. Görüşmecilerin kimliklerinin açığa çıkmaması için ifadeleri belirlenen kodlara dayanarak verilmiştir. Resmî olarak etik kurul onayı alınmıştır. Dürüstlük ve gerçeklik ilkesi verilerin sunumu ve analizinde izlenen ilkeler olarak karşımıza çıkmaktadır. Araştırma sonucu elde edilen verilerin örneklem ile sınırlı olduğu ve genelleme yapılamaması gerektiği akılda tutulmamalıdır.

5.2. Veri Toplama Süreci

Araştırmanın veri toplama sürecinde; veri toplama tekniği ile analiz yönteminin belirlenmesi, derinlemesine görüşme sorularının geliştirilmesi, görüşmecilerin belirlenmesi, görüşme takviminin hazırlanması aşamaları izlenmiştir. İlk olarak çalışmanın amaçları doğrultusunda görüşme soruları geliştirilmiş daha sonra doğumunu sezaryen ile gerçekleştirmiş 18-45 yaş arası kadınlar arasından 10 kişilik görüşme grubu belirlenmiş, son olarak görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Görüşmeciler için açık uçlu sorular hazırlanmış, söz konusu sorular danışman öğretim üyesi ile araştırmacı tarafından geliştirilmiştir.

Görüşme soruları, sezaryen uygulamalarında aydınlatılmış onamın usulüne uygun olarak alınmadığının ortaya konulması amaçlanmaktadır. Sezaryen uygulamalarının tercih edilme nedenlerinin araştırılması aydınlatılmış onamın sezaryen uygulamalarındaki önemine dair farkındalığın belirlenmesi amacı ile hazırlanmıştır. Görüşmecilere telefon ve/veya e-posta ulaşılmış, çalışmanın amacını anlatan kısa bir bilgi ve görüşme soruları e-posta marifetiyle iletilmiştir. Farklı şehirlerdeki görüşmeciler ile görüşmeler çevrimiçi ortamda gerçekleştirilmiş, Ankara'daki görüşmeciler ile yapılan görüşmeler, ofis ortamında gerçekleştirilmiştir. Veri kaybı yaşanmaması ve verilerin güvenilir bir biçimde toplanması için görüşme esnasında ses kayıt cihazı kullanılmıştır. Görüşme başlamadan her katılımcıya çalışmanın konusunu, amacını, kapsamını anlatan

ve kişisel bilgilerinin gizliliğini taahhüt eden aydınlatılmış onam formu okutulmuş, iki nüsha şeklinde imzalatılmıştır. Bahse konu formda ses kaydı yapılacağına dair bilgilendirme bulunmasına rağmen görüşmeler öncesi ilgili katılımcıya ses kayıt cihazı kullanılmasına dair bilgi verilmiş, katılımcının müsaadesi alınmıştır. Aydınlatılmış onam formlarının bir nüshası katılımcıya teslim edilmiş, diğer nüshası araştırmacı tarafından alınmıştır.

Görüşmeler boyunca gözlem ve yorumların kaydedildiği bir araştırma güncesi tutulmuştur. Bu güncenin araştırma için veri kaynağı sağlamasının yanı sıra görüşmeler boyunca araştırmacının kendisi ve katılımcılar için ortaya çıkan iktidar ilişkileri, mekân, etkileşim sorunları takip edilebilmiş, gerektiğinde farklı stratejiler izleyebilmenin yolu açılabilmiştir. Kadın araştırmacıların daha mahrem olarak kabul edilen konularda erkek görüşmecilerle yaptıkları görüşmeler esnasında erkek görüşmeciler tarafından kendileriyle flört eden kadınlar olarak görülebilmeleri konuşma esnasında erkek görüşmecilerin sözlü ya da psikolojik taciz ve şiddetine uğrayabilmeleri ya da hafife alınabilmeleri söz konusu olmaktadır (Gailey ve Prohaska, 2011). Ancak görüşmelerin tamamının kadın görüşmecilerle gerçekleştirilmiş olması söz konusu araştırma için böyle bir risk olasılığını ortadan kaldırmıştır. Yine de görüşmenin sağlıklı yürütülmesi açısından görüşme öncesinden başlayarak görüşmelerin her aşamasına yayılan ve yer değiştirebilen iktidar pozisyonlarına karşı dikkat etmek edilmeye çalışılmıştır. Özellikle toplumsal cinsiyet araştırmalarında, araştırmacı ile araştırılan ilişkisinin bir tahakküm ilişkisi olmasının sorgulanması gerekmektedir çünkü feminist metodoloji temelde güç eşitsizliğine karşı çıkan ve kadınların güçlenmesini sağlama özelliğine sahiptir (Cancian, 1992: 623-642; Mies, 1995: 48).

Görüşmelerin süresi görüşmeci ile araştırmacı arasındaki etkileşim ve iletişimin seyrine bağlı olarak değişiklik göstermiştir. Görüşmeci ile ilk karşılaşmanın pozitif yönde olması sağlanmaya çalışılmıştır. Empati ilişkisi kurmak ve önyargılardan arınmış bir

görüşme sağlamak amaçlanmıştır. Didaktik bir tutum yerine az müdahale ile dinleme yolu izlenmiştir. Derinlemesine görüşmelerin tamamına araştırmacı tek başına katılmıştır. Görüşmeler sırasında katılımcıların sorulara verdiği tepkiler gözlenmiş ve bu konuda da notlar alınmıştır. Görüşmeler ilerledikçe ortaya çıkan verilerin bir bölümde tekrarlar olduğu görülmüştür. İlk görüşmecilerle yapılan görüşmeler esnasında soruların açık ve anlaşılır olup olmadığı gözlemlenmiştir. Soruların nasıl sorulması gerektiği deneyimlenmiştir. Diğer yandan nitel araştırma, araştırma süreci ve kullanılan tekniklerin eleştirel bir değerlendirmesinin yapılması özelliğini de içinde barındırmaktadır (Sütçü, 2008).

Araştırmanın planlanması, alan araştırması öncesi yapılan hazırlık ve araştırma tekniklerinin uygulanma süreci eleştirel değerlendirmeyi etkileyen unsurlardır. Bu nedenle araştırmacının gerçekleştirdiği nitel araştırma hakkında gerektiğinde hesap verebilmesi için araştırmanın bütün aşamalarını açıklamakla yükümlü olduğu düşünülmektedir. Her görüşmeyi müteakip kayıtlar yazıya dökülmüştür. Kişisel verilerinin korunması amacıyla her görüşmeci için bir görüşme kodu oluşturulmuştur. Görüşme kodlarının oluşturulmasında şu yöntem izlenmiştir: ‘Sezaryen’ sözcüğünün ilk harfi, “Görüşmenin yapıldığı yılın son iki rakamı”, “Görüşme sırası”. Görüşmeciler için bu çerçevede düzenlene görüşme kodları Tablo 5.1.’de gösterilmiştir. Çalışmada bundan sonraki aşamalarda görüşmecilerden söz edilirken görüşme kodları kullanılmıştır. Derinlemesine görüşmeler yaklaşık 3 aylık bir süre zarfında tamamlanmıştır. Görüşmelerin en kısıası 15 dakika ve en uzununu 27 dakika sürmüş olup ortalama görüşme süresi 21 dakika olarak hesap edilmiştir. Görüşmeciler ile gerçekleştirilen derinlemesine görüşmelerin takvimi Tablo 5.2.’de sunulmuştur. Söz konusu süreç ve veri analizi Aralık-Mart tarihleri arasını kapsayan bir süreye yayılmıştır.

Tablo 5.1. Görüşmeciler için belirlenen görüşme kodları.

Görüşmeciler	Görüşme Kodları
1. Görüşmeci	S.21.1
2. Görüşmeci	S.21.2
3. Görüşmeci	S.21.3
4. Görüşmeci	S.21.4
5. Görüşmeci	S.22.5
6. Görüşmeci	S.22.6
7. Görüşmeci	S.22.7
8. Görüşmeci	S.22.8
9. Görüşmeci	S.22.9
10. Görüşmeci	S.22.10

Tablo 5.2. Görüşmeciler ile yapılan derinlemesine görüşme tarihleri

Görüşme Kodları	Görüşme Tarihleri
S.21.1	07.12.2021
S.21.2	13.12.2021
S.21.3	24.12.2021
S.21.4	26.12.2021
S.22.5	05.01.2022
S.22.6	20.01.2022
S.22.7	10.02.2022
S.22.8	17.02.2022
S.22.9	28.02.2022
S.22.10	07.03.2022

5.3. Veri Analizi

Bu tez çalışmasında nitel araştırma yöntemi kullanılmıştır. Veri toplama tekniği olarak derinlemesine görüşme tekniğine başvurulmuş, bu teknik çerçevesinde elde edilen verinin analizi için tematik analiz yöntemi kullanılmıştır. Araştırmanın bulguları arasında görüşmecilerin demografik bilgileri yer almamaktadır. Bu hususa sınırlılıklar kısmında değinilmiştir.

5.3.1. Tematik Analiz

Araştırmacının elde ettiği verileri düzenlediği, analiz birimlerine ayırdığı, sentezlediği, önemli değişkenleri ortaya çıkardığı ve hangi bilgileri rapora yansıtacağına karar verdiği süreç nitel veri analizi olarak ifade edilmektedir (Bogdan ve Biklen, 1992). Araştırmacı elde ettiği verilerden yola çıkarak söz konusu veriler içindeki örtük bilgiyi ortaya çıkarmaya çalışmaktadır. Bu çerçevede nitel araştırma yöntemleri içinde kullanılan bir analiz yöntemi olarak tematik analiz karşımıza çıkmaktadır. Tematik analiz, verilerdeki temaları belirleme, analiz etme ve raporlama için kullanılan bir yöntem olarak ifade edilmektedir (Braun ve Clarke, 2019: 875). Tematik analiz, görüşülen kişilerin deneyimlerini, anlamlandırmalarını ve realitelerini aktaran gerçekçi bir yöntem ya da gerçeklerin, olayların, anlamların, deneyimlerin toplumdaki çeşitli söylemleri nasıl etkilediğini inceleyen oluşturmacı bir yöntem de olabilmektedir. Braun ve Clarke'a (2019) göre söz konusu analiz, kodlar geliştirilmesi ile bu kodlardan temaların seçilmesine dayanmaktadır.

Kodlama süreci, verilerin kavramlaştırılması ile başlamaktadır. Araştırmacı, bu süreçte araştırma konusu olan olgulara yönelik sorular sormaktadır. Kodlama açısından önemli olan konu, neyin bir tema olarak sayılabileceğidir. Bu da hem her bir veri ögesi içinde kaplanılan alan hem de tüm veri setindeki tekrarlanma sıklığıyla alakalıdır. Burada veri setinden yola çıkılarak yapılmak istenen analiz türünün ve öne sürülecek savların belirlenmesi önem taşımaktadır. Verinin anlamsal bağlam içerisindeki temaları belirtecek biçimde düzenlendiği betimleme ve özetleme süreci, temaların önemine ilişkin bir kuram geliştirmeye, temaların anlamları ve çıkarımlarını alan yazınla ilişkilendirerek genişleten yorumlama aşamasına doğru evrilmektedir.

Tematik analiz esnek ve pratik bir araştırma aracı olarak verilerin ayrıntılı, verimli ancak kompleks bir biçimde açıklanabilmesine olanak sağlamaktadır. Temalar, tematik analizin esneklik özelliğinden dolayı birden çok yolla belirlenebilmektedir. Dikkat

edilmesi gereken husus, belirlenen yolun analiz süresince tutarlı bir şekilde uygulanmasıdır. Tematik analiz, doğrusal bir süreç değil, aşamalar arasında gerektiğinde ileri geri hareket edilmesi gereken tekrarlı bir süreçtir (Ely vd., 1997). Tematik analizin aşamaları şu şekildedir (Braun ve Clarke, 2019: 883):

- Verinin tanınması,
- Kodların oluşturulması,
- Temaların belirlenmesi,
- Temaların kontrol edilmesi,
- Temaların tanımlanması ve isimlendirilmesi,
- Raporlama.

Bu çalışmada genel olarak yukarıda bahsi geçen aşamalar izlenmiştir. Tez çalışmasının araştırma bulguları bölümü, rapor üretme maddesine karşılık gelmiştir. Bulguların üretilmesine kadar geçilen aşamaların detaylı anlatımı aşağıda sunulmuştur:

- a. Kayıtlı verinin deşifresi için her görüşmenin ardından, deşifre çalışmalarına başlanmıştır. Görüşmelerin yapılış sırası belirleyici olmuştur. Bütün deşifrelerin tamamlanmasını müteakip tekrardan dinleme yapılarak gereken düzeltmeler yapılmıştır.
- b. Görüşmeler sonucu edinilen verinin verimli kullanımı ve doğru şekilde değerlendirilebilmesi için verinin düzenlenme aşamasına özen gösterilmiştir. Önce görüşmecilerin sonra soruların esas alındığı bir düzenleme yapılarak düzenleme iki aşamada gerçekleştirilmiştir. Deşiflerden sonra edinilen veride görüşmecilerin yanıtları tek tek incelenmiş, değişik bir renk kullanılıp her bir sorunun yanıtı boyanmıştır. Renklendirmede 8 soru için 8 farklı renk kullanılmıştır. Mesela, kırmızı renk, 1 numaralı “Sezaryen doğum hakkında düşünceleriniz nelerdir?” sorusuna verilen yanıtları belirtmek için kullanılmış ve görüşmelerin deşifresinden sonra bütün görüşmecilerde 1. sorunun yanıtı kırmızı ile boyanmıştır. Diğer bir deyişle, her görüşmecinin, deşifredeki 1. soruya dair bilgi içeren söylemleri kırmızı olarak işaretlenmiştir. Söz konusu işlem her

görüşmecinin verdiği bütün yanıtlar için tek tek yapılmıştır. Bu yolla, bir görüşmede ele geçen bütün veri kendi içinde sınıflandırılarak bir sonraki aşama için düzenlenmiştir. Tablo5.3.'te cevaplar için tercih edilen renkler gösterilmektedir.

Tablo 5.3. Deşifre edilmiş metinlerde soruların yanıtlarını belirtmek üzere tercih edilen renkler

X kodlu görüşmecinin yanıtları	Sezaryen doğum hakkında düşünceleriniz nelerdir?
	Sezaryen hakkındaki bilgilerinizin kaynağı nedir?
	Size göre doğum şekline kim karar vermelidir?
	Sezaryen doğumu tercih etme nedenleriniz nelerdir?
	Sezaryen uygulaması öncesi yapılacak uygulamaya dair hekim tarafından bilgilendirildiniz (aydınlatılmış onam) mi?
	Sezaryen uygulaması sonrası karşılaşılabilecek olası durumlar ya da komplikasyonlarla ilgili bilgilendirildiniz mi? Bilgilendirilmediğiniz ya da eksik kalan noktaların farkına vardınız mı?
	Hekim tarafından bilgilendirildiyse hekim tarafından nasıl bir usul izlendi? (Yazılı/sözlü)
	Tarafınıza yapılan bilgilendirmenin uygulamanın tüm olumlu ya da olumsuz etkilerini içerdiğini, sizin için yeterince açıklayıcı olduğunu düşündünüz mü?

Yani veri düzenlenerek tematik analiz için uygun hale getirilmiş böylece görüşmeler sonucu elde edilen veri kütesi pratik bir şekilde bir araya getirilmiş, analizi sırasında veri kaybı en aza indirilmeye çalışılmıştır.

c. Görüşmecilerin yanıtları tekrar tekrar okunmuş, özellikle vurgulanan noktalar not edilmiştir. Kodlar, yapılan vurgulamaların çalışmanın amacı ve verilen yanıtlar açısından değerlendirilmesiyle oluşturulmuştur.

ç. Kodlardan alt temalar sonra temalar ve bağlamlar oluşturulmuş, tabloya dökülmüştür.

Temalar söylemlerle desteklenmelerinin yanı sıra veriler, bazı bölümlerde hem belirlenen

kodlarla ilişkili olarak ortaya çıkan bulgular listelenmiş, tablolaştırılmış hem de söylemlerle desteklenmiştir.

d. Tablolar, verinin analizinin sunulmasında kullanılmıştır. Tabloların kullanılması ile çalışma bulgularının daha anlaşılır bir biçimde sunulduğu, değerlendirme açısından bahse konu şeklin fayda ve kolaylık sağladığı görülmüştür.

İkinci aşamaya geçildiğinde farklı bir gruplandırma yapılarak görüşmeciler yerine sorular esas alınmıştır. Bütün görüşmecilerin vermiş oldukları yanıtlar her soru için bir araya getirilmiştir. Yani her soru için 10 görüşmecinin ilgili yanıtları bir araya toplanmıştır. Mesela, “Sezaryen hakkındaki düşünceleriniz nelerdir?” konulu 1. soruya verilen yanıtları bir araya getirmek için 10 görüşmecilerin cevapları içinden tüm kırmızı renkli kısımlar, Soru.1 başlığı altında toplanmıştır. Böylece, tüm görüşmecilerin aynı soru için verdikleri tüm yanıtlar bir araya getirilmiş, veri içinde aranılan bilginin kodlanması, bilgiye kolayca ulaşılması sağlanmıştır. Bu durum 8 soru için tekrarlanmıştır. Diğer yandan görüşmede bir soru yanıtlanırken diğer sorulardan birinin cevabını da içerdiği ya da diğer bir yanıt ile kesiştiği görülmüştür. Söz konusu durum açık uçlu sorularla sürdürülen bir görüşmelerde karşılaşılan bir durumdur. Bu durumla karşılaşıldığı takdirde verilen yanıt iki soruyu da kapsıyorsa iki renk de renklendirme için kullanılmıştır.

5.4. Örneklemin Özellikleri

Araştırma evreni, derinlemesine görüşme yapılan sezaryen ile doğum yapmış toplam 10 kadından müteşekkil bir gruptur. Örneklem, 18-45 yaş aralığında olup hala doğum yapma potansiyeli taşıyan kadınlardan oluşmuştur. Normal doğum yapan kadınlar örneklem grubuna alınmamıştır.

5.5. Araştırmanın Sınırlılıkları

Görüşmecilerin tamamı çalıştığı için görüşme randevularını ayarlama konusunda bazı güçlükler yaşanmıştır. Ankara dışında bulunan görüşmeciler ile yapılacak görüşmeler için çevrimiçi olarak gerçekleştirilerek mesafe uzaklığına bağlı sınırlılıklar bertaraf edilmiştir. Görüşme soruları içinde katılımcıların sosyo-demografik bilgilerine yönelik herhangi bir soru bulunmamaktadır. Bu nedenle çalışma, kadınların sosyo-demografik özelliklerine dair bilgiler içermemektedir. Kadınların sosyo-demografik özellikleri ile aydınlatılmış onam hakkındaki görüşleri arasındaki ilişkiye çalışmada yer verilmemiştir.

Başka bir sınırlılık ise çalışmanın konusu sezaryen uygulamalarında kadının aydınlatılmış onamı olduğu için çalışmada sezaryen ile doğum yapmış olan kadınlardan oluşan bir örnekleme içermesidir. Bu nedenle vajinal doğum yapan kadınlar örneklem grubunda yer almamış dolayısıyla çalışma, vajinal doğum yapan kadınların doğum sürecindeki aydınlatılmış onam ile ilgili görüşlerini içermemektedir. Çalışmanın sonuçlarının genellenebilir bir özellik taşımadığı, başka bir değişle genellenebilir bir bilgi üretilmediği göz önünde bulundurulmalıdır.

5.6. Etik Kurul Kararı

30/04/2021 tarihinde Ankara Üniversitesi Etik Kuruluna İnsan Üzerinde Yapılan Klinik Dışı Araştırmalar kapsamında başvuru yapılmıştır. Kurul tarafından çalışmanın uygulanmasının etik açıdan uygun olduğuna karar verilmiştir. Bu kapsamda, Ankara Üniversitesi Etik Kurulunun 05/07/2021 tarihli toplantısında alınan 12/260 sayılı kararı¹⁶ ile derinlemesine görüşmeleri yapma süreci Aralık 2021 itibariyle başlatılmıştır.

¹⁶ Etik Kurul Kararı, Ekler Bölümünde sunulmuştur.

5.7. Aydınlatılmış Onam Formu

Çalışmada görüşmecilerin onayını alma ve mahremiyetlerini koruma konusunda dikkatli davranılmıştır. Çünkü niteliksel bir çalışmanın etik yanını oluşturan unsurlar katılımcıları bilgilendirmek, onaylarını almak ve onları zarardan korumaktır. Görüşmecilere yapılacak çalışmanın amacı, içeriği, hedefleri, veri toplama tekniğinin uygulanma usulü, kişisel verilerin korunması ve gizliliğin sağlanması ile ses kayıt cihazının kullanımı hususlarında bilgi verilmiştir. Hazırlanan aydınlatılmış onam formu¹⁷, Etik Kurul tarafından uygun bulunmuştur. Bahse konu aydınlatılmış onam formu her görüşme öncesi görüşmeciye iletilerek okuması için yeterli süre sağlanmış, gerekli durumlarda sözlü açıklamalarda bulunulmuştur. Form iki nüsha hazırlanmış, hazırlanan iki nüshası da katılımcılara imzalatılmıştır. Formun bir nüshası katılımcıda kalırken diğeri araştırmacı tarafından on yıl boyunca korunmak üzere saklanmıştır.

¹⁷ Aydınlatılmış Onam Formu, Ekler Bölümünde sunulmuştur.

6. ARAŞTIRMA BULGULARI

Araştırma bulguları 4 başlık altında verilmiştir. Bu dört temel bölüm altında derinlemesine görüşmelerden elde edilen verinin analizi sunulmuştur. Bu çerçevede araştırma bulgularının sunulduğu konu başlıkları aşağıdaki gibidir:

- 1. Bölüm: Tercih nedenleri ve düşünceler
- 2. Bölüm: Bilgi kaynakları
- 3. Bölüm: Karar mekanizması
- 4. Bölüm: Sezaryen doğumda aydınlatılmış onam uygulaması

Veri toplamak amacıyla hazırlanan görüşme soruları hem kapsam hem amaçlarına göre farklı bölümler altında toplanmış ve görüşmecilerden alınan cevaplar oluşturulan gruplar altında analize tabi tutulmuştur. Başka bir şekilde söylemek gerekirse aynı bölüm içerisinde anlam bakımından birbirini tamamladığı düşünülen soruların yanıtları değerlendirmeye alınmıştır. Görüşmelerin bitmesini müteakip elde edilen verilerin daha sistematik bir şekilde analiz edilmesini için söz konusu gruplandırmaya başvurulmuştur. Bu şekilde görüşmelerden elde edilen değerli veri kütesinin analizinin daha sistematik ve detaylı bir şekilde sunulması hedeflenmiştir. Yukarıda bahsedilen 1., 2., 3. ve 4. bölümlerin hangi amaçlar çerçevesinde belirlendiği ve bahse konu bölümlerde ele alınan derinlemesine görüşme sorularına aşağıda kısaca yer verilmiştir.

1. Bölüm’de, görüşmecilerin sezaryen doğumu tercih etme nedenleri ile sezaryen sonrası söz konusu doğum şekli konusunda ortaya çıkan düşüncelerinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Ayrıca görüşmecilerin verdiği yanıtlar kapsamında sezaryen doğuma neden olduğu belirtilen endikasyonlar da bu bölümde yer almıştır. Birinci bölümde analiz edilen görüşme soruları aşağıda yer almaktadır:

- “Sezaryen doğum hakkında düşünceleriniz nelerdir?” (Soru.1)
- “Sezaryen doğumu tercih etme nedenleriniz nelerdir?” (Soru.4)

2. Bölüm’de, sezaryen hakkındaki bilgilere nasıl ulaşıldığı hususunda değerlendirme yapılarak aşağıda yer alan sorunun yanıtları çerçevesinde söz konusu bölüm oluşturmuştur.

- “Sezaryen hakkındaki bilgilerinizin kaynağı nedir?” (Soru.2)

3. Bölüm’de, sezaryen doğum şekline karar verme konusunda kimin karar mercii olduğuna dair görüşler incelenerek aşağıda yer alan soruya verilen yanıtlar çerçevesinde bu bölüm oluşturulmuştur.

- “Size göre doğum şekline kim karar vermelidir?” (Soru.3)

4. Bölüm’de, sezaryen doğum öncesi ve sonrasında yapılan bilgilendirme, bilgilendirmenin kapsamı, aydınlatılmış onamın uygulanış usulüne dair verilen bilgiler değerlendirilmiştir. Ayrıca sezaryen bağlamında alınan aydınlatılmış onamın biyoetik açıdan değerlendirilmesi çerçevesinde aydınlatılmış onamın bileşenleri ile bilgilendirmenin kapsamının alınan yanıtlarla ne kadar içerilip içerilmediği ortaya konulmaya çalışılmıştır.

- “Sezaryen uygulaması öncesi yapılacak uygulamaya dair hekim tarafından bilgilendirildiniz (aydınlatılmış onam) mi?” (Soru.5)

- “Sezaryen uygulaması sonrası karşılaşılabilecek olası durumlar ya da komplikasyonlarla ilgili bilgilendirildiniz mi? Bilgilendirilmediğiniz ya da eksik kalan noktaların farkına vardınız mı? (Soru.6)

- “Hekim tarafından bilgilendirildiyseniz hekim tarafından nasıl bir usul izlendi? (Yazılı/sözlü)” (Soru.7)

- “Tarafinıza yapılan bilgilendirmenin uygulamanın tüm olumlu ya da olumsuz etkilerini içerdiğini, sizin için yeterince açıklayıcı olduğunu düşündünüz mü?” (Soru.8)

4 bölümde de yer alan bütün veriler söylem veya söylemlerle desteklenmiştir.

6.1. 1. Bölüm: Tercih Nedenleri ve Düşünceler

Bu bölümde, görüşmecilerin sezaryen doğumu tercih nedenleri ve sezaryen doğum hakkındaki düşüncelerinin derlenmesi amaçlanmıştır. Bu bölümde anlam yükü açısından birbirini tamamlayan iki sorunun yanıtlarından yararlanılmıştır. İlk olarak sezaryen doğum tercih nedenleri değerlendirilirken, sezaryen doğum sonrasında görüşmecilerin sezaryen doğum ile ilgili düşünceleri belirlenmeye çalışılmıştır. Veriler, görüşmecilerin görüşmeler sırasında yaptıkları açıklamalara dayanılarak hazırlanmıştır. Verinin daha düzenli ve anlaşılabilir bir biçimde sunulabilmesi için bağlam ile açıklaması, ilgili tablo, bağlamın ana teması/temaları, alt temaları, açıklama ve söz konusu temaları destekleyen söylemler şeklinde verilmiştir.

Sezaryen doğum bağlamı: Görüşmecilerin görüşlerinin arandığı bağlam “sezaryen” olarak belirlenmiş, “tercih nedeni” ana tema olarak belirlenmiş, alt temalar ile detaylandırılmıştır. Katılımcılardan alınan yanıtlarda öne çıkan ana tema, alt temalar Tablo 6.1.’de yer almaktadır. Ana tema çerçevesinde ulaşılan alt temalar ile ilgili söylemler kısa bir açıklama sonrası tablo altında sunulmuştur.

Tablo 6.1. Sezaryen doğum bağlamı ve o kapsamda ortaya çıkan ana tema ve alt temalar

Bağlam	Temalar	
	Ana Tema	Alt Temalar
Sezaryen doğum	Tercih nedeni	Bireysel - Doğum/ağrı korkusu - Rahat olması - Cinsel işlev kaybı kaygısı - Bilgi eksikliği - Komplikasyon riskinin az olduğunun düşünülmesi Toplumsal/Çevresel - Vajinal doğumla ilgili olumsuz deneyim paylaşımı/geri bildirim Hekim yönlendirmesi - Endikasyon

Sezaryen geçirmiş kadınlarla yapılan derinlemesine görüşmelerde “sezaryen doğum” bağlamında, “tercih nedeni” ana teması belirlenmiş; açık uçlu sorulara alınan değer yüklü cevaplar, anlam yükleri bakımından bir araya getirilerek ana tema detaylandırılmış ve alt temalar belirlenmiştir. Bu çerçevede alt temalar; “bireysel”, “toplumsal/çevresel” ve “doktor yönlendirmesi” şeklinde ortaya çıkmıştır.

Sezaryen doğum bağlamında görüşmecilerin tercih nedeninin bireysel alt teması çerçevesinde doğum korkusu, ağrı korkusu, sezaryen doğumun rahat olduğunun düşünülmesi, vajinal doğuma bağlı olarak cinsel işlev kaybı yaşanmasından duyulan kaygı, sezaryen/vajinal doğum ile ilgili gebenin bilgi eksikliği, sezaryen doğumda komplikasyon riskinin az olduğunun düşünülmesi tercih nedenini ekleyen etmenler olarak ortaya çıkmıştır. Aşağıda görüşmecilerin bireysel tercihini etkileyen etmenler şu şekilde ifade edilmiştir.

Bireysel

Doğum/ağrı korkusu

“(...) ben o stresi çekemeyeceğimi düşünüyordum. Bazen çevremde normal doğum yapan arkadaşlarım öncesinde çektiği sancılarda falan yanlarında oldum. (...) Ben mesela sağlık sorunum olmasa bile herhalde normal doğum yapamazdım öyle söyleyeyim korkum var. Benim zaten korkum vardı. Yapım da böyle panikli bir yapım olduğu için hani o şeye katlanabilir miydim bilmiyorum. En azından sezaryende işte bir on beş yirmi dakikada oluyor hoppala bilmem ne. Kendim yine bir şeyim olsa doktorum bile bana normal doğum yap dese yapmayabilirim. Ya bende o cesaret yok.” S.22.5

“Kendimden yola çıkarak söyleyeyim normal doğumdan daha şey gelmişti bana korktuğum için normal doğumda daha avantajlı gelmişti.” S.21.1

“(...) ben son güne kadar da bekledim çünkü ben hani kontrollü bir sezaryen değildi. Normal doğum olacaktı. Fakat günümü geçtikten sonra hem psikolojik olarak hem de o ağrıya katlanamayacağımı düşünerek çünkü ağrıları çekmeye başlamıştım. O yüzden direkt sezaryene alındım.” S.22.7

Rahat olması

“Daha rahat bir doğum geçireceğimi düşünerek sezaryeni düşündüm o şekilde.” S.21.3

Bilgi eksikliği

“Benim tek endişem sezaryen doğum olmasına razı olmamı gerektiren tek endişem suni sancının bende yaratacağı etki ve suyun sürekli geliyor olması ama sancının başlamamış olması. Bu bende endişe yarattı, üç saat sürdü ve bende herhangi bir kasılma ve sancı başlamamış olması bende endişe yarattı. Doz arttıktan, üç saat boyunca dozu sürekli artırdılar yarım saatte bir ve nereye kadar artıracaklarını bilemiyorum. Bu konuda da bilgilendirme yok. Onun dışında yeterli doza ulaştığında nasıl bir sancı ile karşılaşacağımı bilemediğim için doğrusu endişe ettim.” S.21.2

Cinsel işlev kaybı kaygısı

“(...) şöyle şeylerde duydum arkadaşlarımdan hani böyle cinsellik konusunda da işte mesela “keşke normal doğum yapmasaydım orada işte bir deformasyon oldu.” Bunun için estetik yaptırmayı düşünen arkadaşlarım falan oldu yani. Bu konuda çok geri dönüşler alınca bilmiyorum sanki hala sezaryen mantıklı gibi.” S.22.5

Komplikasyon riskinin azlığı

“(...) Bebeğim iriydi yapısal olarak da çok uygun değildim ben dört kilo yüz seksen gram doğdu. Ben onu normal doğursam ölürdüm herhalde bilmiyorum. O yüzden sezaryene karar verdik.” S.21.3

“Ben şöyle söyleyeyim evet ağrısı vardı o ayrı bir şey. Ama ben doktorum bana şunu demişti, pardon doktorum da değil ebem demişti, bekleyebiliriz normal doğum olabilir 1 cm açılmanız var demişti. Ama çocuğunuzun hani artık oksijen olarak beynine kan gitmiyor diye bana iletildi. Ben bunu duyduktan sonra psikolojik olarak kendimi çok rahatsız hissettim o yüzden direkt sezaryen ile alınmasını istedim. Benim isteğim oydu maalesef sıkıntı yaşamak istemediğim için direkt sezaryen istedim.” S.22.6

Sezaryen doğumu tercih etme nedenini etkileyen toplumsal ve çevresel etmenlerin de söz konusu olduğu ortaya çıkmıştır. Görüşmecilerin tercih nedenini çevrelerinden/toplumdan gelen vajinal doğumla ilgili olumsuz deneyim paylaşımı/geri bildirim belirlemektedir. S.22.5 protokol numaralı görüşmeci söylemlerinde annesinin yakın akrabalarının yaşadığı olumsuz doğum deneyiminden ciddi şekilde etkilendiğini belirtmiş, vajinal doğuma dair paylaşılan bu olumsuz deneyimler görüşmecide travmatik doğum korkusuna neden olmuştur. Son tahlilde söz konusu deneyim paylaşımlarının görüşmecilerde doğum korkusuna neden olduğu bu yüzden vajinal doğum yerine sezaryen doğumun tercih edildiği sonucuna ulaşılmıştır.

Toplumsal/Çevresel

Vajinal doğumla ilgili olumsuz deneyim paylaşımı/geri bildirim

“Benim sezaryen doğum yapma nedenim, belki annemden kendi doğum hikâyemi dinledim. Babam benim veteriner anneme çok baskı yapmış işte mutlaka normal doğum yapacaksın falan filan ve annem benim günlerce sancı çekmiş. En son böyle vakumla

falan kocaman kafan çekildi gibisinden anlatıyordu yani. O yüzden çok korkum vardı ya. Bir de şey kuzenimin eşinin doğum şeyinin öncesini ve bebekleri falan ölü doğdu. Normal doğumdu ona da şahit oldum. O da sağlıklı. İlle o normal doğum yapacağım diye doktoruna da şey yaptı yani (...) Bir de şöyle diyenler oluyor normal doğum yapan arkadaşlarım da hani sakın böyle bir şeye girme biz girdik ama sen yapma gibi (...) Çevremde çok normal doğumla ilgili olumsuz şeyler duydum. Hani annelerimiz pek hepsini duyurmadılar orta yaşlı nesil de kendi yaşıtlarımdan açık açık böyle oldu şöyle oldu şeklinde hikâyeleri çok dinlediğim için galiba bir normal doğum korkum var yani.”

S.22.5

Görüşmecilerin tamamı hekim tarafından endikasyon nedeniyle sezaryen doğuma yönlendirildiklerini beyan etmişlerdir. S.22.8 protokol numaralı multipar görüşmeci ikinci doğumu için herhangi bir endikasyondan bahsetmemiştir. Görüşmeciler tarafından sezaryenin kendilerinin bir tercihi olmadığı, zorunluluk olduğu belirtilmiştir. Görüşmeciler, sezaryen doğum yapmalarına neden olan endikasyonların: “iri bebek”, “erken doğum”, “suyun azalması”, “ters bebek”, “annenin kanında pıhtılaşma problemi”, “bebeğin kalp atışlarının yavaşlaması”, “sancı ve kasılmanın başlamaması”, “annede çatı darlığı”, “miad aşımı”, “kordon dolanması”, “bebeğin beynine oksijen gitmemesi” olduğunu ifade etmişlerdir.

Görüşmecilerin söylemleri kapsamında iki görüşmeci (S.21.3. ve S.22.10. protokol numaralı görüşmeciler) tarafından “iri bebek”, iki görüşmeci (S.21.1. ve S.22.9. protokol numaralı görüşmeciler) tarafından “erken doğum”, iki görüşmeci (S.21.4. ve S.22.9. protokol numaralı görüşmeciler), tarafından “suyun azalması”, iki görüşmeci (S.22.6. ve S.22.8. protokol numaralı görüşmeciler) tarafından “ters bebek” endikasyonlarının ifade edildiği görülmüştür. Diğer endikasyonlar birer görüşmeci tarafından ifade edilmiştir. Görüşmecilerden altısı sezaryen doğum yapmalarına neden olan tek endikasyondan bahsederken dört görüşmeci birden fazla endikasyondan

bahsetmişlerdir. S.21.4. protokol numaralı görüşmeci iki endikasyon nedeniyle sezaryen doğum yaptığını söylemiştir. Bu endikasyonlar suyun azalması ve miat aşımı olarak ortaya çıkmıştır. S.22.8. protokol numaralı görüşmeci görüşmeciler içerisinde en fazla endikasyon yaşayarak sezaryene alınan görüşmecidir. Söz konusu endikasyonlar “ters bebek”, “kordon dolanması” ve “bebeğin kalp atışlarının yavaşlaması” olarak ortaya çıkmıştır. S.22.9. protokol numaralı görüşmeci iki endikasyon nedeniyle sezaryen doğum yaptığını söylemiştir. Bu endikasyonlar erken doğum ve suyun azalması şeklinde ifade edilmiştir. S.22.10. protokol numaralı görüşmeci yine iki endikasyon nedeniyle sezaryen doğum yaptığını belirtmiştir. Bu endikasyonlar iri bebek ve annede çatı darlığı şeklinde ifade edilmiştir. Söz konusu endikasyonlar görüşmeciler bazında Tablo 6.2.’de sunulmuştur.

Hekim yönlendirmesi

Endikasyon

“Sezaryen doğum yaptığım zaman mecburen yaptım. Çünkü çocuğum erken doğduğu için sezaryen yapılması gerekiyordu.” S.21.1

“Tercih etmedim. Ben normal doğum istemiştim aslında son ana kadar bekledik. İşte çocuğun fizyolojik ve benim biyolojik özelliklerim yani sebep oldu. (...) Son ana kadar sezaryen olmaması için bekledim. 41. Haftada doğum yaptım. Ama işte suyum falan azalmıştı. O yüzden mecbur kaldım. (...) Dediğim gibi artık son haftayı bile geçtiğimiz için hani tercih hakkı çok fazla bırakmadılar yani. Daha doğrusu şey oldu alalım bence deyip bir karşılık bekleme durumu oldu.” S.21.4

“Benimkinin doktor zorunluluk olduğunu söylemişti. Ondan sonra çünkü ilk hamileliğimde işte bir kaybım olmuştu, onun neticesinde işte kan pıhtılaşma sorunun

olduğunu anlattı. Açıkçası hiç aklımdan ben o yüzden şey geçirmediyim işte yok normal doğum yapsaydım şöyle mi olurdu böylemi olurdu gibi bir düşüncem olmadı.” S.22.5

“Tıbbi nedenlerle sezaryen olasılığım vardı, nitekim bebek dönmemişti, 38. haftada suyum geldi ancak açılma olmadığı için sezaryene alındım. Ben tercih etmedim. Ben normal olmasını tercih ediyordum ama tıbbi olarak işte bebeğin dönmemesi ve erken gelmesi sebebiyle sezaryene alındım. Yani ben dediğim gibi öncelikle doğal yolu tercih ederdim tabi ki.” S.22.6

“İlk hamileliğim normal olacaktı son zamana kadar o yüzden hiç ikinci bir şıkkı düşünmemiştim, sezaryen olabilirim diye. Kendimi hep normale alıştırmıştım. Son anda işte normal doğuma girip de çocuğun ters gelmesi, kordon dolanması gibi sebeplerden dolayı aniden sezaryene alınınca bende bir şok etkisi yaratmıştı... İlk hamileliğimde benim bir tercihim olmadı aslında mecburiyetten yarım saat içerisinde doğumhaneden ameliyathaneye geçtim. Hani benim bir şeyim olmadı orada yok ben normal doğum yapacağım diyemedim çünkü hani bazı komplikasyonlar geliştiği için onun dışında da bu benim zorunluluğum oldu aslında isteğim olmadı çünkü çok fazla normal doğumla doğum yapmak istiyordum. Hani her şeyin normal olmasını istiyordum. Belki daha çabuk ayağa kalkıp daha çabuk sağlığıma kavuşup biraz da tez canlı olduğum için kendi işimi kendim yapmayı sevdiğim için belki bunların hepsi ile birlikte o şeyi de tatmak istedim belki o normal doğumdaki hani nasıl diyeyim ayık olma, o hissi yaşama belki bilmiyorum hepsinin içerisindeydi ama maalesef benim tercihim olamadı.” S.22.8

“Oğlum birazcık sabırsız olup Adana’da dünyaya gelmek isteyince otomatik olarak sezaryene geçtim. Yani konuşmadan oldu, bir tek ona karar verildi. Çünkü başka bir şansım yokmuş. Çocuğun suyu azalıyor ve direk sezaryene almam gerekiyor durdurma imkânımız yok diye irtibata geçtiler ve Ankara’daki doktorum da böyle bir şansımın olmadığını sezaryen olmak zorunda olduğumu söyledi.” S.22.9

“Ben sezaryen doğumu tercih etmedim. 37. haftada yapılan çati muayenesi sonucu doktorum normal doğumun benim için riskli olacağını, bebeğin doğum esnasında oksijensiz kalacağını, başının büyük olması sebebiyle zor bir doğum yapacağımı söyledi. Sadece sezaryen doğum yapabileceğimi söyledi. Bu benim ikinci doğumum ilk doğumdan sonra aslında sezaryen olmak istemedim, ilk sezaryenden sonra beş sene geçince normal doğum yapılabilirliğini biliyorum ben. Aslında normal doğum olmasını istedim ama doktorum beni böyle yönlendirince normal doğum yapmadım.” S.22.10

Tablo 6.2. Görüşmeciler tarafından sezaryen doğum yapmalarına neden olduğu belirtilen endikasyonlar

Görüşmeciler	İri bebek	Erken doğum	Suyun azalması	Ters bebek	Annenin kanında pıhtılaşma problemi	Bebegin kalp atışlarının yavaşlaması	Sancı ve kasılmanın başlamaması	Annede çatı darlığı	Miad aşımı	Kordon Dolanması	Bebegin beynine oksijen gitmemesi	Sezaryen Doğuma Neden Olan Endikasyonlar
S.21.1.		+										
S.21.2.							+					
S.21.3.	+											
S.21.4.			+						+			
S.22.5.					+							
S.22.6.				+								
S.22.7.											+	
S.22.8.				+		+				+		
S.22.9.		+	+									
S.22.10.	+							+				
Toplam	2	2	2	2	1	1	1	1	1	1	1	

Sezaryen doğum bağlamı: Görüşmecilerin sezaryen doğum hakkında düşüncelerini öğrenmeye yönelik olarak görüşmecilere “Sezaryen doğum hakkında düşünceleriniz nelerdir?” sorusu yöneltilmiş, soruya alınan yanıtlar çerçevesinde “sezaryen doğum” bağlamında “düşünceler” ana tema olarak belirlenmiş, alt temalar ile

detaylandırılmıştır. Katılımcılardan alınan yanıtlarda öne çıkan ana tema, alt temalar Tablo 6.3.'te yer almaktadır. Ana tema çerçevesinde ulaşılan alt temalar ile ilgili söylemler açıklama sonrası tablo altında sunulmuştur.

Tablo 6.3. Sezaryen doğum bağlamı ve o kapsamda ortaya çıkan ana tema ve alt temalar

Bağlam	Temalar	
	Ana Tema	Alt Temalar
Sezaryen doğum	Düşünceler	Olumlu - Rahat ve sağlıklı - Vajinal doğumla aynı Olumsuz - Pişmanlık - İyileşme süreci uzun - Korkutucu - Vajinal doğum daha değerli - Annelik ile ilgili toplumsal baskı Diğer - Tercihe bağlı olmamalı - Hekim faktörü önemli - Bilgilendirme rahatlatıcı bir faktör

Görüşmecilerin verdiği yanıtlar çerçevesinde “düşünceler” ana teması ile ilişkili olarak olumlu, olumsuz, diğer alt temaları belirlenmiş, “rahat ve sağlıklı”, “vajinal doğumla aynı” şeklindeki düşünceler olumlu; “pişmanlık”, “iyileşme süreci uzun”, “korkutucu”, “vajinal doğum daha değerli”, “annelik ile ilgili toplumsal baskı” şeklindeki düşünceler olumsuz alt teması altında verilmiştir. Diğer alt teması altında ise “tercihe bağlı olmamalı”, “hekim faktörü önemli”, “bilgilendirme rahatlatıcı bir faktör” şeklindeki ifadeler sıralanmıştır.

Sezaryen doğum ile ilgili beyan edilen düşünceler olumlu ve olumsuz olarak ayrıldığında sezaryen doğumun olumsuz yönlerine vurgu yapan görüşmecilerin daha fazla olduğu dikkat çekmektedir. Sezaryen doğum konusunda düşüncelerini beyan eden görüşmecilerin çoğu tıbbi bir endikasyon olmaması durumunda sezaryenin uygulanmaması gerektiğini ve bu doğum şeklinin tercihe bağlı olarak yapılmaması

gerektiğini beyan etmişlerdir. Görüşmecilerin bir kısmı hiçbir sıkıntı yaşamadıklarını, yine sezaryen doğumu tercih edeceklerini; bir kısmı ise rahat olmasına rağmen sezaryen uygulamasında doğum eyleminin uzun sürdüğünü ve iyileşme sürecinin zaman aldığını belirtmişlerdir. Sezaryen doğum konusunda olumsuz düşünen görüşmeciler pişmanlık duyduklarını, sezaryen doğumu korkutucu bulduklarını belirtmişlerdir. Burada önemli olan nokta doğum şekline dair korkunun bilgisizlikten kaynaklanmasıdır. Buradaki diğer vurgu ise doğumda hekimin önemli bir faktör olduğudur. Doğum konusunda hekimin olumsuz yönlendirmesinin doğum korkusuna; olumlu bilgilendirmesinin doğumun rahat geçmesine neden olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Görüşmecilerin ifade ettiği düşünceler çerçevesinde ortaya çıkan bir diğer konu ise sezaryen/vajinal doğuma görüşmeciler tarafından verilen değer olmuştur. Görüşmecilerin bir kısmı sezaryenin vajinal doğumla eş değer olduğunu, bir kısmı ise vajinal doğumun sezaryenden daha değerli olduğunu belirtmiş, sezaryen doğum yapmalarının onlar açısından üzücü olduğunu belirtmişlerdir.

Sezaryen doğum yapmanın toplumsal yönüne de değinen görüşmeciler, sezaryen doğum yapmaları nedeniyle toplumsal/çevresel olarak “iyi anne olamama” hususunda baskı ile karşılaştıklarını ifade etmişlerdir. Görüşmecilerin yakın çevrelerinin yenidoğan ile ilgili yaşanan olumsuzlukları sezaryen doğuma bağladıkları, sezaryen doğum yapmaları nedeniyle “gerçek bir anne olmadıkları”nın vurgulandığı, bunun görüşmeciler üzerinde baskı yarattığı ifade edilmiştir. Görüşmecilerin “düşünceler” ana teması altında ortaya koyduğu söylemler aşağıda sunulmuştur:

Düşünceler (Olumlu)

Rahat ve sağlıklı

“Bence gayet rahat, sağlıklı ondan sonra olumsuz bir şeyle de karşılaşmadım sıkıntı doğum esnasında da doğum sonrasında da. Doğumla alakalı olarak hiçbir sıkıntımız yoktu, yani ikinci bir doğumun da olsa yani hani sezaryen düşünür müyüm düşünürüm,

Evet, o şekilde. Ayrıca eklemek istediğim bir şey var mı benim atladığım yok. Yani hiçbir sıkıntı yaşamadım.” S.21.2

“Dediğim gibi hiç istemiyordum aslında açıkçası da işte ama rahat. Gerçi ben orada yedi saat beklerken normal doğum yapan iki-üç kişi çıkıp gitmişlerdi.” S.21.4

Vajinal doğumla aynı

“Bence normalde doğumla sezaryen arasında bazen hani normal doğumu bazen daha ön plana koyuyorlar ya hiç öyle bir düşüncem de yok. Düşünenlere de ayrıca karşı çıkıyorum yani sezaryen doğum da aynı şekilde normal doğum gibi bir doğumdur.” S.21.3

Düşünceler (Olumsuz)

Pişmanlık

“Şimdi olsa son ana kadar gerçekten tıbbi bir gereklilik olmadığı sürece sezaryen doğuma girmem.” S. 21.2

İyileşme süreci uzun

“(...) yanımda yatan bayanların ya da gördüğün bayanların daha çabuk toparlandığını görünce çok da avantajlı olmadığını sürecin aslında daha uzadığını gördüm. Bir de benimkisinde dikişlerim iltihap kaptı ekstra faktörler olduğu için sonrasında keşke normal doğum yapma şansım olsaymış diye düşündüm. O süreç biraz daha toparlanması için daha uzun oldu o yüzden benim için normal doğum daha şey gibi ama yapanlara da saygı duyuyorum çünkü insanlar korkabilirler normal doğumdan da.” S.21.1

“(...) doğum esnasında kolay sonrasında bakımı zor olan bir doğum şekli, iyileşme süreci uzun.” S.22.10

Korkutucu

“Başıma gelmeden önceye kadar fazla bir düşüncem yoktu çünkü hamileliğim, ilk hamileliğim normal olacaktı son zamana kadar o yüzden hiç ikinci bir şıkkı düşünmemiştim, sezaryen olabilirim diye. Kendimi hep normale alıştırmıştım. Son anda işte normal doğuma girip de çocuğun ters gelmesi, kordon dolanması gibi sebeplerden dolayı aniden sezaryene alınınca bende bir şok etkisi yaratmıştı. O yüzden de bende bu sezaryen olayı beni çok korkutmuştu açıkçası, (...) o şey olayı normalden sezaryene geçme olayı tabi kendimi hiç hazırlamadığım için de çok korkutucu gelmişti.” S.22.8

Vajinal doğum daha değerli

“Ama ben normal doğumun çocuk için çok önemli olduğunu sonradan anladım. Bebek için de önemli bir şeymiş. Bebeğin o doğumu yapması imkânı varmış normal doğumda ama sezaryende öyle bir çabası imkânı olmadı. Bebeğin de o doğum için kendisine düşen şeyler var ve onu yapması gerekiyormuş, bebeği bundan mahrum ettik ister istemez, kendi korkum yüzünden belki, buna üzıldüm.” S.21.2

Annelikle ilgili toplumsal baskı

“(...) eskilerimiz keşke normal doğum olsaydı dedi annelerimiz, kayınvalidem falan. Öyle olsaydı şöyle olmazdı işte bu çocuğun ağlamaları bu yine sezaryenden falan lafları çok duydum çevremden benim çocuğum işte çok kolik bir çocuktü. Onu normal doğum yapmamama bağlayanlar oldu.” S.22.5

“Günümüzde maalesef birçok anne klasik soruyu sorar: Normal mi, sezaryen mi oldun? Normal olunca gerçek anne oluyorsun, sezaryenle doğum yapınca sanki sahteymiş gibi sanki sen doğurmamışsın gibi bir tavır takınıyorlar. O yüzden bilmiyorum hani sezaryene yaklaşım da birazcık bundan dolayı belki şey, insanlar istemiyorlar mı kimisi işte kimisi

de mesela çok fazla şey yapıyor. Ama benim düşüncem eğer bir şey varsa sağlıkla ilgili bir sıkıntı varsa yani direktmemek hani hayır ben sezaryen olmayacağım dememek çünkü başıma geldi ve hiç sonuçlarında hoş bir doğum geçirmemiştim. Onun dışında da yani bence sonuç itibarıyla sezaryene karşı da bakış açım şey değil kesinlikle tu kaka ya da işte a kolayı seçmiş kimisi tercih meselesi kimisi işte iğneden korkuyor normal doğumda herkesin bir tercihi var ama bence ikisinde de iki doğumun sonunda da o kişi anne oluyor yani hiçbir farkı yok benim gözümde.” S.22.8

Düşünceler (Diğer)

Tercihe bağlı olmamalı

“Yani sonuçta sezaryen eğer tıbbi bir gereklilikse yapılması konusunda benim negatif bir düşüncem yok. Ama illa insanların sezaryene yönlendirilmesi durumuna da tabi ki karşıyım. Çünkü sezaryen bir operasyon doğumun doğal yolla olmasını desteklerim normal şartlarda olabiliyorsa.” S.22.6

“Sezaryen doğum bence şey olmalı yani normalde şu anda günümüzde insanlar tercih ediyorlar hani her şey normal olduğu halde ben sezaryen istiyorum deyip normalden korktukları için. Ama aslında sezaryen aslında bir tercih edilecek bir doğum şekli değil mecburiyetten dolayı olmalı diye düşünüyorum. Çünkü asıl olanın normal hani her şeyin doğal olanı diye... Eğer bir sıkıntı varsa bu tercih edilmeli.” S.22.8

Hekim faktörü önemli

“Normal doğum öneririm ama ben şahsen gayet güvenilir, rahat, acısız, sızısız geçirdim. Dört günde ayağa kalktım. Doktorumdan çok memnundum, bence doktor bu konuda çok önemli.” S.22.7

“(...) Tabi ilk doğumum olduğu için ve nasıl söyleyeyim yanımda hiç kimse olmadığı için belki de korku ile eşim yoktu çünkü annem vardı ama başıma ne geleceğini bilmediğim için birazcık korktum ama sonrasında yani doktorumun sayesinde çünkü oradaki doktorum çok şey yaptı çünkü rahatlattı yani bir şekilde atlattım.” S.22.9

“(...) Aslında doktorumun söyledikleri bende doğum korkusuna da neden oldu.” S.22.10

Bilgilendirme rahatlatıcı bir faktör

“Yani ben ilk doktorum beni hiç bilgilendirmemişti bu konuda belki de o yüzden çok büyük bir travma yaşamıştım sezaryene alındığımda. Hep normal doğum diye gidildiği için ama ikinci hamileliğimde doktorum çok çok iyi bir doktordu. (...) doktorun yaklaşımı, doktorun bakış açısı, sizinle konuşması, sizi doğru şekilde yönlendirmesi bence çok önemli. Benim doktorum bu konuda şeydi, ben oturup internetten o videoları falan izlemedim daha fazla travmatik bir olay olmasın diye. Ben tamamen doktorumun yönelttiği yoldan gittim ve çok da huzurlu bir sezaryen geçirdim ikincisinde.” S.22.8

6.2. 2. Bölüm: Bilgi kaynakları

Bu bölümde, görüşmecilerin sezaryen doğum hakkındaki bilgilerinin kaynağına ulaşılmaya çalışılmıştır. “Sezaryen hakkındaki bilgilerinizin kaynağı nedir?” sorusu ile görüşmecilerin sezaryen konusunda bilgi edinme yollarına ulaşılacak amaçlanmış, görüşmecilerin bilgi edinimini etkileyen unsurlar da ortaya konulmaya çalışılmıştır. Veriler, görüşmecilerin görüşmeler sırasında yaptıkları açıklamalara dayanılarak hazırlanmış; veriyi daha anlaşılabilir kılmak için ilgili tablo, bağlamın ana teması/temaları, alt temaları, açıklama ve söz konusu temaları destekleyen söylemler şeklinde verilmiştir.

Bilgi edinimi bağlamı: Görüşmecilerin görüşlerinin arandığı bağlam “bilgi edinimi” olarak belirlenmiş, “bilgi kaynağı” ve “süreci etkileyen faktörler” ana temalar olarak belirlenmiş, alt temalar ile detaylandırılmıştır. Katılımcılardan alınan yanıtlarda öne çıkan ana tema, alt temalar Tablo 6.4.’te yer almaktadır. Ana tema çerçevesinde ulaşılan alt temalar ile ilgili söylemlere açıklama sonrası tablo altında yer verilmiştir.

Tablo 6.4. Bilgi edinimi bağlamı ve o kapsamda ortaya çıkan ana tema ve alt temalar

Bağlam	Temalar	
	Ana Tema	Alt Temalar
Bilgi edinimi	Bilgi kaynağı	İnternet Yazılı/görsel malzeme - Dergi - Kitap - Video Sosyal çevre Hekim Diğer sağlık personeli - Ebe - Anestezi uzmanı - Hemşire
	Süreci etkileyen faktörler	Doğum korkusu nedeniyle bilgi sahibi olmak istememek Razı olma

Görüşmelerde “bilgi edinimi” bağlamında “bilgi kaynağı” ana teması ile ilişkili olarak “internet”, “yazılı/görsel malzeme”, “sosyal çevre”, “hekim”, “diğer sağlık personeli” alt temaları ile “süreci etkileyen faktörler” ana teması ile ilgili olarak “doğum korkusu nedeniyle bilgi sahibi olmak istememek” ve “razı olma” alt teması oluşturulmuştur. Görüşmecilerin bilgi kaynakları alt temalarla detaylandırılrsa da söz konusu kaynakların girift bir yapı oluşturması sebebiyle görüşmecilerin söylemleri yukarıdaki bölümlerde olduğu gibi tek tek ayrılmamıştır. Görüşmecilerin çoğu sezaryen hakkında internetteki bilgilerden yararlanırken aynı zamanda yazılı/görsel materyal, sosyal çevre ve sağlık personelinde de bilgi edinme konusunda istifade etmiştir.

Bilgi kaynağı

“İnternetten araştırdım. Zaman zaman doktora soruyordum. İşte bu suni sancı kötü bir şeymiş. Sadece bilgi edinmek için soruyordum. Doktor da korkuyorsunuz herhalde normal doğumdan falan diyordu. Halbuki öyle bir şey yoktu. Çocuk için ve benim için daha sağlıklı olduğu için normal doğum istiyordum ama...” S.21.4

“Veteriner hekim olduğum için genel kurallarını hangi koşullarda uygulanabileceği konusunda bilgi sahibiyim. Bunun dışında insan hekimliğindeki uygulamaları araştırıp videolarını internet üzerinden izledim. Yani mesleğim gereği de bilgim vardı, veteriner hekim olduğum için onun haricinde de yani tabi ki ilgim olduğu için videoları da izledim, kaynaklardan da okudum yani kendi çabamla bilgi sahibi oldum.” S.22.6

“Sezaryen hakkındaki bilgilerimin kaynağı daha çok okuduklarım ondan sonra internet izlediklerim videolar çevremde sezaryen olan kişilerin görüşleri ondan sonra doktorum o şekilde. Doktordan da bilgi aldım.” S.21.3

“Kulaktan dolma bilgilerim vardı. Sorunlu, sıkıntılı bir süreç olduğuna dair bilgilerim vardı.” S.21.2

“Bilgilerimin kaynağı daha öncesinde benden dört ay kadar önce ablamın doğumu ve doktorumun az da olsa bilgilendirmesi.” S.22.10

“Doktorum açıklama yapmıştı bir dört-beş aylık zamana geldiğinde böyle böyle falan gibisinden. Ama arkadaşlarımdan da baya bir duydum. Kendim bir biraz açıp izleme şeyinde bulundum fazla gitmedi o. (...) Kendim de okudum internetten falan. Arkadaşlarımdan geri dönüşleri çok oldu işte.” S.22.5

“En çok doktorumdur tabi ki. Ama öncesinde doğum yapan arkadaşlarımdan çevremden ama özellikle sorduğum bu konunun uzmanı ile görüşmemiştim. İnternette de bilgi alıyordum. Ama daha çok doktorumla diyebilirim. Sürekli düzenli olarak her ay kontrole gittiğim doktorumla çünkü ikinci seçenek sezaryen olduğu için bunda neler olduğu hakkında bilgi alıyordum yani.” S.22.7

“(…) doktorum çok fazla bilgi verdi. İlk doğumum sezaryen olduğu için ikincinin de sezaryen olması gerektiği hakkında neler olacağını başıma neler gelebileceğini işte bazı şeyler vermişti kaynaklar şu anda hatırlamıyorum ama böyle dergiler falan vermişti hani en azından kendimi psikolojik olarak da hazırlayabilmem için ve inanır mısınız çok işe yaradı ben ameliyathaneye girerken sanki böyle bir arkadaş randevusuna gidiyormuş gibi o kadar rahat o kadar sakin huzurlu girdim ve öyle de huzurlu çıktığımı hatırlıyorum.” S.22.8

Görüşmecilerin söylemlerinde bilgi edinimini etkileyen faktörler; doğum korkusu nedeniyle bilgi sahibi olmak istememe ve razı olma durumu ön plana çıkmıştır. Doğuma dair korkunun, doğum konusunda bilgi sahibi olmayı engellediği ancak paradoksal bir şekilde bilgi sahibi olmamanın da doğum korkusuna neden olduğu ortaya çıkmıştır. Bilgi edinimini etkileyen bir diğer faktör razı olma durumu olarak ortaya çıkmıştır. Görüşmecilerden birinin belirttiği üzere hem normal bir doğum sancısı hem de suni sancı konusunda bilgilendirilmemesi dolayısıyla vajinal doğum sürecinde karşılaşacağı acı konusunda ön görüş sahibi olamadığı için sezaryen doğum sürecine razı olmuştur, Burada yine çift yönlü bir sürecin işlediği razı olma durumunun bilgi sahibi olup/olmamaya bağlı olarak değiştiği ifade edilebilmektedir.

Süreci etkileyen faktörler

Doğum korkusu nedeniyle bilgi sahibi olmak istememek

“Ben doğumdan korkmamak adına doğumla ilgili hiçbir şey izlememiştim kendi doğum yaptığım süreçte. Doktorla da bu konuda konuşmadık hiçbir şekilde ne normal doğum ne sezaryen. Normalde sonraki süreçte normal doğum yaparım diye düşündüm ama hep bir korku vardı şeye ilişkin. Neticede de olmadı zaten bir de erken doğum olduğu için korkmamak için hiçbir şey yapmadım, hiçbir şeye bakmadım. Doktorum da bu konuda bilgilendirme yapmadı. (...) ben de korktuğum için açıkçası doğumla ilgili hiçbir şey araştırmadım sormadım nasıl olacak diye korkularımı tetiklememek adına.” S.21.1

6.3. 3. Bölüm: Karar Mekanizması

Bu bölümde, görüşmecilerin doğum şekline kimin karar vermesi gerektiğine dair görüşlerine ulaşılmaya çalışılmıştır. “Size göre doğum şekline kim karar vermelidir?” sorusu ile karar verecek kişi bilgisine hem de karar verecek kişiyi etkileyen koşullara ulaşılması amaçlanmıştır. Veriler, görüşmecilerin görüşmeler sırasında yaptıkları açıklamalara dayanılarak hazırlanmıştır. Verinin daha düzenli ve anlaşılabilir bir biçimde sunulabilmesi için daha önceki bölümde yapıldığı gibi bağlam ile açıklaması, ilgili tablo, bağlamın ana teması/temaları, alt temaları, açıklama ve söz konusu temaları destekleyen söylemler şeklinde verilmiştir.

Doğum şekli bağlamı: Görüşmecilerin görüşlerinin arandığı bağlam “doğum şekli” olarak belirlenmiş, “karar mercii” ve “karar merciiini etkileyen koşullar” ana temalar olarak ortaya konmuş, alt temalar ile detaylandırılmıştır. Katılımcılardan alınan yanıtlarda öne çıkan ana tema, alt temalar Tablo 6.5.’te yer almaktadır. Ana tema çerçevesinde ulaşılan alt temalar ile ilgili söylemler açıklama sonrası tablo altında sunulmuştur.

Tablo 6.5. Doğum şekli bağlamı ve o kapsamda ortaya çıkan ana tema ve alt temalar

Bağlam	Temalar	
	Ana Tema	Alt Temalar
Doğum şekli	Karar mercii	Hekim ve gebe ortak Gebe rızası ile hekim Hekim Tıbbi koşullar
	Karar merciini etkileyen koşullar	Travmatik doğum korkusu Endikasyon

Görüşmelerde “doğum şekli” bağlamında “karar mercii” ana teması ile ilişkili olarak “hekim ve gebe ortak”, “gebe rızası ile hekim”, “hekim” ve “tıbbi koşullar” alt temaları ile “karar merciini etkileyen koşullar” ana teması ile ilgili olarak “travmatik doğum korkusu” ve “endikasyon” alt temaları oluşturulmuştur.

Her ne kadar görüşmecilerin söylemleri neticesinde ortaya çıkan karar mercii konusundaki alt temalar daha anlaşılır olması açısından birbirinden ayrı olarak verilse de görüşmecilerin çoğunluğu doğum şekli konusunda hekim ve gebenin ortak karar alması gerektiğini hususunda hemfikir gözükmemektedir. Doğum şekline tıbbi koşullar nedeniyle ya da tıp alanında uzman olduğu için hekimin karar vermesi gerektiğini belirten görüşmeciler dahi gebenin rızasının alınması, gebe ile istişare yapılması ve gebenin aydınlatılması hususunda fikir beyan etmişlerdir. Görüşmecilerin “karar mercii” ana teması altındaki söylemleri bir önceki tablodaki söylemlere benzer şekilde birlikte verilmiştir.

Karar mercii

“Tabii ki önce sağlık söz konusu olduğu için hekim artı annenin de bence önemli fikirleri.” S.21.1

“Hekimin karar vermesi gerektiğini düşünüyorum buna. Çünkü uzman olan o. Bizler anne adayı olarak bu konuda tıbbi bilgimiz yok. Doğrusunun onun tarafından bilineceğini ve onun tarafından karar verileceğini düşünüyorum. Tabi ki istişare yapılmalı, annenin de rızası olmalı ki ben normal doğum isteyen baştan beri ısrar eden bir anne adayıydım o nedenle sezaryeni aslında hiç konuşmadık biz. Son haftaya kadar hiç konuşmadık, son hafta eğer doğum 39. Hafta içinde olmazsa 40. haftada ameliyat ile yapacağız dendi ama bilgi verilmedi. Doğum başladığı günde sancı bulunmamasından dolayı aniden apar topar sezaryen ameliyatına girdim.” S.21.2

“Doğum şekline hem doğum yapacak anne adayı hem de doktorun aynı anda beraber karar vermeli ama tehlikeli bir durum söz konusuysa doktorun kararına anne adayı da uymalı.” S.21.3

“Doktor. Tıbbi koşullar vermeli bence.” S.21.4

“Bence doktor ile doğum yapacak kişinin ortak kararı olabilir. Kesinlikle öyle düşünüyorum.” S.22.5

“Doğum şekline ortak karar verilmelidir ancak son söz doktorundur. Doktor bunu gerekçeleriyle hastasıyla anlatıp konuşmalı, hasta da başına ne geleceğini bilmek istediği ölçüde öğrenmelidir. Yani doğum şekline bence doktor ve hasta beraber karar vermeli. Tıbbi gereklilikse o olacak bir şey. Olması gereken bir şey, bir müdahale şekli sonuçta.

Bu noktada hasta istemese de hayati bir durumsa eğer o gelişen bir süreç ama tabi ki önceliği yine de hastaya sorulmalı ve bilgi verilerek yapılmalı diye düşünüyorum.” S.22.6

“Bence doktor karar vermeli. Ve daha doğusu ortak olmalı ama yani %60’ı, %70’i doktorun karar vermesi gerekiyor.” S.22.7

“Yani bence o ortak verilebilecek bir karar diye düşünüyorum. Hani tek taraflı değil de çünkü hani sağlığı da çok önemli hem annenin hem bebeğin bence iki şey yani karşılıklı doktor ve hastanın karşılıklı bir ortak kararıyla olması gerektiğini düşünüyorum.” S.22.8

“Bana göre doğum şekline doktor ve hasta beraber karar vermeli.” S.22.10

Görüşmecilerin söylemlerinden “karar merciini etkileyen koşullar” ana teması altında “travmatik doğum korkusu” ve “endikasyon” alt temaları oluşturulmuştur. Karar merci olarak hem gebeyi hem de hekimi sezaryen doğuma yönelten faktörün endikasyon durumu/riski olduğu ortaya çıkmıştır. Diğer yandan görüşmeciler tarafından doğum korkusunun gebenin doğum şekli konusundaki kararını büyük ölçüde etkilediği ortaya çıkmıştır.

Karar merciini etkileyen koşullar

“Çok travmatik bir şeye dönüşecekse normal doğum diye zorlamanın bir anlamı yok. Eğer anne için çok travmatik zorlayıcı bir şey olacaksa bana göre hekimin yani tek başına hekim illa ki diyorsa ki sizin bir hayatı riskiniz var tabii ki orada hekim dinlenilmeli ama anne içinde çok travmatik bir korkuysa korkuyu annenin hissiyatı da gözüne alınmalıdır.”

S.21.1

“Benim ama diğ er türlü de Şöyle bir riskim vardı onu da söyleyeyim. Normal doğum yapsaydım kanımda pıhtılaşma sorunu olduğu içi kan kaybımın çok olabileceğinden bununla ilgili sıkıntılar yaşıyabileceğimi düşündüler. İ te ben iki k tt n n arasında bu birazcık daha sanki Şey gibi düşünüp de daha pozitif gibi bakmı  olabilirim”. S.22.5

“(  ) bence hani bazı gidiş hatlar da mesela benim birinci hamileliğimde o kordon dolanması falan belki ben orada inat etseydim normal doğuma devam edecekti doktor ama belki  ocuk bu sefer Şey olacaktı,  l  doğacaktı ya da ne bileyim bende bir komplikasyon geli ecekti, bir sürü sıkıntı olabilecekti. (  ) Ama her Şey de sağlıklıysa anne ve  ocuk tabi ki en büyük karar bence anneye aittir. Bazı doktorlar vardır biliyorsun sezaryenci diye yani direkt kolay diye daha Şey diye ona kayan doktorlar da tanıdım ben. Tabi ki her Şey yolundaysa normal doğumu istemesi çok büyük bir Şey yani anneye bırakılmalı ama bir sıkıntı görülüyorsa herhangi bir soru işareti varsa o zaman ortaklaşa karar verilmeli.” S.22.8

“(  ) Benim doğumuma hem Ankara’daki doktorum hem de Adana’da gerçekten doğum yaptıran doktorum beni muayene edip çocuğın suyu azalıyor ve direk sezaryene almam gerekiyor durdurma imkânımız yok diye irtibata geçtiler ve Ankara’daki doktorum da böyle bir Şansımın olmadığını sezaryen olmak zorunda olduğumu söyledi.” S.22.9

6.4. 4. Bölüm: Sezaryen doğumda aydınlatılmış onam uygulaması

Bu bölümde, görüşmecilerin sezaryen doğum ile ilgili olarak aydınlatılıp aydınlatılmadıkları, aydınlatma yapıldıysa nasıl bir yöntem izlendiğ  ve usulüne uygun yapılıp yapılmadığı, gebeyi hangi sağlık personelinin bilgilendirdiğ  hususundaki görüşlerine ulaşılmaya çalışılmıştır. Bu bölümde ayrıca görüşmecilerin söylemleri çerçevesinde, sezaryen uygulamalarındaki bilgilendirmenin kapsamının, biyoetik açıdan aydınlatılmış onamın bileşenleri ile  rt   p  rt   mediğ  ortaya konulmaya çalışılmıştır.

Görüşmeler sırasında aydınlatılmış onam konusunda bilgi almak amacıyla görüşmecilere dört soru yöneltilmiş, bu bölümü destekler nitelikte olan ve birbirini besleyen bu sorular bu bölümde birlikte değerlendirilmiştir. Görüşmecilere yöneltilen ilk soru, görüşmecilerin operasyon öncesi aydınlatılıp aydınlatılmadıklarını belirlemeye yönelik olan “Sezaryen uygulaması öncesi yapılacak uygulamaya dair hekim tarafından bilgilendirildiniz mi?” sorusu şeklinde yapılandırılmıştır. Bu soruyu desteklemek, aydınlatmanın içeriği konusunda bilgi sahibi olmak adına görüşmecilere “Sezaryen uygulaması sonrası karşılaşılabilecek olası durumlar ya da komplikasyonlarla ilgili bilgilendirildiniz mi? Bilgilendirilmediğiniz ya da eksik kalan noktaların farkına vardınız mı? sorusu yöneltilmiştir. Görüşmecilerin bilgilendirilme usulünü anlamak, onlar açısından da daha açık hale getirme adına “Hekim tarafından bilgilendirildiyse hekim tarafından nasıl bir usul izlendi? (Yazılı/sözlü)” sorusu sorulmuştur. Görüşmecilere “Tarafınıza yapılan bilgilendirmenin uygulamanın tüm olumlu ya da olumsuz etkilerini içerdiğini, sizin için yeterince açıklayıcı olduğunu düşündünüz mü?” sorusu yöneltilerek daha önce yöneltilen sorular tekrarlanmış, aydınlatılmış onam konusunda görüşmecilerden daha ayrıntılı bilgi alınmaya çalışılmıştır.

Bu sorular birbiriyle ilişkilendirilerek görüşmecilerden alınan yanıtlar doğrultusunda hem aydınlatmada uygulanan usul hem aydınlatmayı gerçekleştiren sağlık personeli, aydınlatma çerçevesinde verilen bilginin içeriği konusunda önemli bilgilere ulaşılmıştır. Ayrıca sağlık personeli ve gebe ilişkisi çerçevesinde gebenin sezaryen doğum konusunda aydınlatılmasının/aydınlatılmamasının kendisinde yarattığı duygusal ve psikolojik anlam yüküne dair bilgilere ulaşılmıştır. Ulaşılan bir diğer nokta ise Türkiye’de sezaryen uygulamalarında aydınlatılmış onam konusunda izlenen yöntemin biyoetik ilkelere uygun olup olmadığının karşılaştırmalı olarak ortaya konmasıdır. Veriler yine bağlam ile açıklaması, ilgili tablo, bağlamın ana teması/temaları, alt temaları, açıklama ve söz konusu temaları destekleyen söylemler şeklinde verilmiştir.

Aydınlatılmış onam bağlamı: Görüşmecilerin görüşlerinin arandığı bağlam “aydınlatılmış onam” olarak belirlenmiş, “yöntem” ve “sağlık personeli” ana temalar olarak ortaya konmuş, alt temalar ile detaylandırılmıştır. Katılımcılardan alınan yanıtlarda öne çıkan ana tema, alt temalar Tablo 6.6.’da yer almaktadır. Ana tema çerçevesinde ulaşılan alt temalar ile ilgili söylemler açıklama sonrası tablo altında sunulmuştur.

Tablo 6.6. Aydınlatılmış onam bağlamı ve o kapsamda ortaya çıkan ana tema ve alt temalar

Bağlam	Temalar	
	Ana Tema	Alt Temalar
Aydınlatılmış onam	Yöntem	Sadece sözlü onam Sadece yazılı onam Hem sözlü hem yazılı onam Ne sözlü ne yazılı onam
	Sağlık personeli	Hekim Anestezi uzmanı Asistan Hemşire Ebe

Görüşmelerde “aydınlatılmış onam” bağlamında “yöntem” ana teması ile ilişkili olarak “sadece sözlü onam”, “sadece yazılı onam”, “hem sözlü hem yazılı onam” ve “ne sözlü ne yazılı onam” alt temaları ile “sağlık personeli” ana teması ile ilgili olarak “hekim”, “anestezi uzmanı”, “asistan”, “hemşire” ve “ebe” alt temaları oluşturulmuştur. Görülmüştür ki aydınlatılmış onamın alınmasında izlenen yöntem bağlamında sadece sözlü onamının alındığını belirten görüşmeci olmamış, sadece yazılı onamının alındığını belirten 1 görüşmeci hem sözlü hem yazılı onamı alınan 5 görüşmeci ne sözlü ne yazılı onamı alınan 4 görüşmeci bulunmaktadır. Buna göre S.21.1 ve S.21.3 protokol numaralı görüşmeciler yazılı onama dair herhangi bir şey hatırlamadıklarını belirtmişlerdir. S.21.1 ve 2.21.4 protokol numaralı görüşmeciler hiçbir şekilde bilgilendirilmediklerini, S.21.2

protokol numaralı görüşmeci ise vajinal doğum ile ilgili bilgilendirildiğini ancak sezaryen uygulamasının yapılacağı kararlaştırılmasına rağmen sezaryen hakkında bilgilendirilmediğini belirtmiştir. (Benzer şekilde S.21.10 protokol numaralı görüşmeci de sezaryen operasyonu yapılacağı önceden belli olmasına rağmen sözlü şekilde kendisine bilgi verilmediğini belirtmiştir.) S.21.3 protokol numaralı görüşmeci sözlü bilgilendirme konusunda hekime sezaryen ve vajinal doğum konusundaki fikrini sorduğunu ifade etmiş, bunun dışında sözlü bilgilendirmeye dair bir bilgi vermemiştir. Dört görüşmeci de “ne sözlü ne yazılı” onam kategorisinde yer almıştır. Hem yazılı hem sözlü onamı alınan görüşmeciler ile yazılı olarak onamı alınan görüşmecilerin ortak olarak yazılı onam formunda ne yazdığını hatırlamadıklarını ifade etmişlerdir. S.22.6 protokol numaralı görüşmeci her ne kadar hem yazılı hem sözlü bilgilendirme yapılmış kategorisine alınmış olsa da formun tam bir onam formu gibi olmadığını, operasyon ile ilgili hiçbir bilgi içermediğini belirtmiş; S.22.7 protokol numaralı görüşmeci ise sadece anestezi için yazılı bir form imzaladığını belirtmiştir. S.22.8 protokol numaralı görüşmeci hariç, onam hususunda hem yazılı hem sözlü usul izlendiğinden bahseden görüşmecilerin söylemlerinden operasyon konusunda ayrıntılı olarak bilgilendirilmedikleri, imzaladıkları formların uygulama esasları hususunda yeterince açıklayıcı olmadığı, kendilerinin formları özümseyerek okumadıkları ya da formda yazan herhangi bir bilgiyi hatırlamadıkları, hatta formu imzaladıklarını hayal meyal hatırladıkları bilgisine ulaşılmıştır. Görüşmecilerin söylemleri çerçevesinde aydınlatılmış onamın uygulanma yöntemine ilişkin olarak hangi görüşmeciye hangi usulün uygulandığına dair veriler Tablo 6.7.’de sunulmuştur. Tablo altında ise görüşmecilerin söylemlerine yer verilmiştir.

Tablo 6.7. Görüşmeciler bazında sezaryen doğum çerçevesinde aydınlatılmış onamın uygulanma usulü

Görüşmeciler	Sadece sözlü	Sadece yazılı	Hem sözlü hem yazılı	Ne sözlü ne yazılı	Aydınlatılmış onamın uygulanma usulü
S.21.1.				1	
S.21.2.				1	
S.21.3.				1	
S.21.4				1	
S.22.5			1		
S.22.6			1		
S.22.7			1		
S.22.8			1		
S.22.9			1		
S.22.10		1			
Toplam	0	1	5	4	

Yöntem

“Hayır bilgilendirilmedim. Bir de kendi doktorum girmedi yani o kendi doktorum şöyle giremedi çünkü ben özel bir hastanede olmayı planlamıştık ama öngörülemeyen bir şekilde olunca hastanede doktor da o riski göze alamadı. (...) Dolayısıyla da herhangi bir bilgilendirme şey yapmadım ama doğum esnasında size bir kâğıt imzalattıyorlar ya yalan olmasında muhakkak imzalamışumdır diye düşünüyorum, her hastanede fix ameliyata alınmadan önce doğum öncesi okumaya imkân olmadı zaten çok üzgündüm ağlıyordum. Hatırlamıyorum yani açıkçası imzalayıp imzalamadığımı da yani bilgilendirme olsa bile sadece bu şekilde olmuş olabilir.” S.21.1

“Hiçbir bilgilendirme yapılmadı. Bunun iki tane nedeni olabilir. Birincisi doktorumla en başından itibaren hep normal doğuma kanalize olduk, hep normal doğum üzerinde konuştuk. Ben 39. hafta ve 3 günde doğum yaptım. Eğer doğum o hafta olmasaydı 40. hafta sezaryen ile olacaktı. O en sonda karar verilen bir şeydi. Ama bilgilendirme yapılmadı. Beklenebiliyor ama ben alacağım dedi.” S.21.2

“Bir şey imzaladım mı ben. Şimdi şöyle oldu yani hani şeye son zamanlarda gebelik koleztazı oldum dedim ya gün aşırı gidiyordum artık yani kontrol amaçlı falan ve son kontrollerimde artık ebeler beni muayene de ediyordu hani artık üç cm açıklığın da var ben sancı falan çekmiyorum yaşamıyorum ama neredeyse kanala girecekmiş yani açılmam olmuş ondan sonra doktor şey dedi yani hani sezaryen olacağı belli olduğu için sana bırakıyorum dedi dersen dedi her şey şu anda uygun. Ben öğleden sonra saat 13.00’te kontrole gittim alabiliriz dedi sezaryene artık hiçbir şeyimiz yok falan. Ben o zaman tamam dedim bugün bizim sezaryenimiz olsun doğumumuz olsun diye beni işte akşam 18.00’de şey yaptılar, sezaryene aldılar. (...) Sabah benim o gün doğum yapacağım ile alakalı bir şeyim yoktu. Düşüncem ya da bilgim yoktu. Onun dışında bir şey imzaladım mı? Hatırlayamıyorum onu. Yani belki eşim imzalamıştır. Onunla alakalı sana net bir şey söyleyemeyeceğim. Onun öncesinde şey mesela ben özellikle ilk başlarda doktoruma mesela doktorlar işte hani bazen oluyor ya bazen insanın kafası karışıyor normal doğum mu sezaryen doğum mu diye ben hep sezaryen düşündüğüm için öyle gittim ama doktora da şunu da sordum. Sizin dedim görüşünüz nedir dedim bu konuda o da bana örnek verdi yani hani şey sezaryen de olur ondan sonra normal doğum da olur dedi. Şeyin üstünden HPV’nin üstünden örnek verdi: Amerika ile alakalı bir örnek verdi. HPV’nin en çok Amerika’da olduğunu ondan sonra ama normal doğumda da yine Amerika’nın önde olduğundan bahsetti. Yani sadece örnek verdi bu şekilde bir şey söyledi onun dışında başka bir şey söylemedi yani bilgilendirme falan. (...) Doğum konusunda hani siz ne önerirsiniz diye bir şey söylediğimde şeyden bahsetti onun dışında başka bir şey söylemedi yani.” S.21.3

“Olmadı. Hiçbir şey söylemedi. (...) Yazılı falan hiçbir şey olmadı zaten. (...) Hiç hatırlamıyorum. Ama sanki doğuma giderken sedyede üstümde bir şey olduğunu hatırlıyorum hayal meyal. Çekilen fotoğraflardan. Şöyle klipsli şeyler oluyor ya dosyalar

öyle bir şey. Ama hiç onayımın alındığını falan hatırlamıyorum. İşte cumartesi gidiyorduk kontrole öğlen gittik. İşte baktı baya bir, detaylı baktı bu sefer. Bir şeylerin ters gittiği belliydi yani. Şey dedi yani hemen git girişini yap hemen alalım bence falan dedi. İyi dedim işte gittim muayene ettiler. İşte sancı mancı verdiler. (...) Yani normal doğması için tabi uğraştılar bu süreçte de. Olmayınca olmadı yani. Kimse de ameliyat edeceğiz böyle olacak falan demedi.” S.21.4

“Onu okudum doğum öncesinde galiba o kafayla okudum eşimle birlikte. Bilincim açıktı ama ikna olmasam imzalamazdım ya okumuşumdur. Hani eski bankacılıktan kaynaklı o her şeyi okuma merakım var benim sadece eşim ya bunlar böyle şeyler var mı falan filan dediğini hatırlıyorum. Çünkü doğuma girmeden iki saat önce falan böyle bir metinden haberimiz oldu bizim. Okuduk, imzaladık. Ama ne yazıyordu hatırlamıyorum.” S.22.5

“Sözlü bir bilgilendirme benim sorduğum sorular üzerinden yapıldı. Tabi yazılı olarak yapıldı. Operasyon öncesi çünkü kesinleştiği vakit sezaryen bir ön prosedürleri var onu imzalıyoruz. Onam formu gibi de tam değil aslında sonuçta “ben bu operasyonu kabul ediyorum, benim bilgim dahilinde yapıldı, bilgi verildi” gibi birtakım şeylerle oluşturulan bir form var.” S.22.6

“Anestezi hakkında imza attığımı hatırlıyorum ama onun dışında sözlü olarak doktorumla, tabi ki konuştum. (...) Ama açıkçası öyle çok izah olmadı. Ayrıca ben belden uyuşturmalı istediğim için ayrıca birkaç doktor daha girdi. Hem anestezi için hem de doğum için. Bu şekilde hatırladığım kadar.” S.22.7

“Evet verildi. Zaten çok büyük bir kâğıt, şey imzalıyoruz. O imzalanırken onlardan zaten bahsetti doktorum. Hem sözlü hem yazılı usul izlendi.” S.22.8

“Yazılı açıklama yapılmadı sanırım. Form imzalamış olabilirim hastanede (...) Hastanede asistanları tarafından imzalatıldı. İsim-soy isim bilgilerim alındı. Sonrasında diğer bilgilerle büyük olasılıkla imzaladım. (...) On dakika içerisinde bana hızlandırılmış bir şekilde anlatmaya çalıştılar. Çok fazla zamanı kalmadığı için çocuğun, beni otomatik olarak sezaryene aldılar ama açıklama yaptılar.” S.22.9

“Sezaryen uygulaması öncesi bilgilendirme olmadı, normal doğum diye konuşmuş olsak da sezaryen yapacağım doğumdan önce belli olmasına rağmen bu süreçte bilgilendirme olmadı. Ama onam şeklinde form imzaladım.” S.22.10

“Sağlık personeli” ana teması altında “hekim”, “anestezi uzmanı”, “asistan”, “hemşire” ve “ebe” alt temaları belirlenmiştir. Görüşmecilerden bir kısmı aydınlatmayı sadece belli bir sağlık personelinin yaptığını belirtirken bir kısmı ise (örneğin: asistan ve hekim birlikte) sağlık personelinin farklı görevleri olan birkaç kişi tarafından aynı anda ya da farklı zamanlarda bilgilendirildiklerini belirtmişlerdir. Görüşmecilerin “sağlık personeli” ana teması altında belirlenen alt temalara dair söylemleri tek tek ayrılmamış, birlikte verilmiştir.

Sağlık personeli

“İlk doktorumda belki çok zaman olmadı çünkü çocuğun kalp atışları yavaşlamaya başlamıştı. Dediğim gibi çok acil, ben orada şoka girmişim zaten doktorum belki bana bir şeyler söylediyse bile ben o anı hatırlamıyorum. Ameliyathaneye girdiğimde zaten baygın şekildegdim, yarı baygınmışım. Yani ama hani genel olarak sadece sezaryene alacağız seni dediğini hatırlıyorum. Onun dışında şöyle olacak böyle olacak diye öyle çok ayrıntılı bir şeye girmedik. Ama ikinci doktorumda dediğim gibi gerçekten kendisi hamileliğimin başından beri sonuna kadar hep hani bu konuda beni rahatlattı. Bilgiler

verdi. Nasıl olacağını, nasıl gelişeceğini ameliyata girmeden yarım saat önce yanıma gelip tekrardan şey yaptı. Ameliyathanede ben anestezi almadan önce tekrardan neler yaşayacağımı neler olacağını tekrardan hiç bıkmadan usanmadan anlattı bana. Ben gözlerimi kapatırken o kadar huzurluydum yani. Böyle hani her şeyi anlamış, o şekilde anestezi aldım.” S.22.8

“Ya aslında bence kendi hekimim değil ama anestezi uzmanım onunla görüntülü konuşma yapmıştık, doktorum tanıştırayım dedi falan filan yani kendi doktorumdansa o bana anestezi vereceğini bunun da riskleri olduğundan falan bahsetti ve açıkçası eşimden görmediğim ilgiyi anestezi doktorumdan gördüm diyebilirim. Çünkü benim şöyle bir şeyim oldu, beni saatler öncesinden soydular ve ameliyathanede böyle çıplak bekliyordum yani e ister istemez geliyorlar gidiyorlar ameliyathaneye bir sürü insan ve hiçbir işlem yapılmıyor 15 dk. boyunca kendi doktorum gelmeden önce anestezi doktorum ki, yakın arkadaşlarımdan ikisinin de anesteziye o girmiş, ya dedi niye dedi hani soydunuz bekliyorsunuz kızcağızı dedi. Dur ben seni giydireyim dedi adam böyle giydir falan böyle çok güzel, naif yaklaştı bana yani konuşmaları. Bak canım dedi öncesinde de bahsetmiştim. Sana şu an bir iğne yapacağım ama bu iğneyi yaptığımda böyle böyle riskleri olabilir. Sen ne kadar rahat durursan yani şeyini korursan böyle olur. Ne biliyim saçımı falan okşuyordu o şey anında falan onlar insanın o an aradığı şeyler.” S.22.5

“Evet bilgilendirildim. Hem asistanı vardı hem kendi vardı. İlk önce asistanı geldi ve benim bilgilerimi aldı. Sonra doktorum geldi.” S.22.9

“İşte benim yanımda hemşiresini aradı odamı falan hazırladı. Hemşiresi geldi bilgilendirdi falan o şekilde öyle oldu yani. Bilgilendirme ile alakalı onu söyleyebilirim

sana (...) Hiçbir şey yemeyeceksin dediler beni odaya aldılar. İşte gerekli hazırlıklarımı yaptılar. Tekrardan işte tahlillerimi yaptılar.” S.21.4

“(…) Doktordan ziyade ebem benim çünkü normal doğum için gittiğimden hiç yanımdan ayrılmayan bir ebe vardı. O hani artık sezaryen belli olunca bana anlatmaya başladı. Anestezi için gelen doktorlar da aynı şekilde nelerle karşılaşabileceğimi. Ben dört gün de kaldığım için bu daha iyi gelir, bu hareketi yapın, işte şunu için bunu yiyin sürekli bu bilgilendirmeler yapıldı. Onun haricinde çok fazla konuşmadık.” S.22.7

Aydınlatılmış onam çerçevesinde sağlık personeli/gebe ilişkisi bağlamı: Görüşmecilerin görüşlerinin arandığı bağlam “aydınlatılmış onam çerçevesinde sağlık personeli/gebe ilişkisi” olarak belirlenmiş, “iletişim” ana tema olarak ortaya konmuş, alt temalar ile detaylandırılmıştır. Katılımcılardan alınan yanıtlarda öne çıkan ana tema, alt temalar Tablo 6.8.’te yer almaktadır. Ana tema çerçevesinde ulaşılan alt temalar ile ilgili söylemler açıklama sonrası tablo altında sunulmuştur.

Tablo 6.8. Sağlık personeli/gebe ilişkisi bağlamı ve o kapsamda ortaya çıkan ana tema ve alt temalar

Bağlam	Temalar	
	Ana Tema	Alt Temalar
Aydınlatılmış onam çerçevesinde sağlık personeli/gebe ilişkisi	İletişim	Tatmin edici bilgi sahibi oldum - Rahatlatıyor - Doğum sürecini olumlu etkiliyor - Güven veriyor Tatmin edici bilgi sahibi olmadım

Görüşmelerde “aydınlatılmış onam çerçevesinde sağlık personeli/gebe ilişkisi” bağlamında “iletişim” ana teması ile ilişkili olarak “tatmin edici bilgi sahibi oldum”, “tatmin edici bilgi sahibi olmadım” alt temaları oluşturulmuştur. “Tatmin edici bilgi

sahibi oldum” alt temasına ilişkin olarak görüşmecilerin verdiği yanıtlar çerçevesinde aydınlatılmış onam konusunda sağlık personeliyle tatmin edici bir ilişki kuran gebelerin bilgilendirme sonucunda kendilerini “rahat” hissettikleri, bilgi sahibi olmanın ve sağlık personeliyle kurulan olumlu diyalogun “doğum sürecini olumlu etkilediği” ve “güven” duygusu oluşmasına yol açtığı bulgularına ulaşılmıştır.

Aydınlatılmış onam konusunda sağlık personeli ile girdikleri iletişim sonucu tatmin edici bilgi olmayan görüşmecilerin sayısının tatmin edici bilgi sahibi olan görüşmecilerden fazla olduğu görülmüştür. Sadece S.22.5 ve S.22.8 protokol numaralı görüşmeciler kendilerine verilen bilginin kapsamlı olduğunu belirtmişlerdir. S.22.8 protokol numaralı görüşmeci ilk gebeliğinde geçirdiği sezaryen operasyonu öncesi hekim tarafından hiç bilgilendirilmediğini ancak ikinci gebeliğinde hekim tarafından geçirdiği sezaryen operasyonu öncesi kapsamlı şekilde bilgilendirildiğini, bilgilendirilmiş olmanın yaşadığı sezaryen deneyimini olumlu yönde etkilediğini karşılaştırmalı olarak anlatmıştır.

Yine S.22.5 protokol numaralı görüşmeci hekim tarafından değil sadece anestezi uzmanı tarafından bilgilendirilmiş, doğum sürecinin olumlu yönde etkilendiğini belirtmiştir. Tatmin edici bilgi sahibi olmayan görüşmeciler arasında yer alan S.22.6 protokol numaralı görüşmeci, kendisine sadece sorduğu sorular üzerinden açıklama yapıldığını, aksi takdirde açıklama dahi yapılmayacağını belirtmektedir. S.22.1 görüşmeci ise hekim ile bir araya gelmediklerine dair bilgi vermiştir. “Tatmin edici bilgi sahibi oldum” ve “Tatmin edici bilgi sahibi olmadım” alt temalarına dair söylemlere aşağıda yer verilmiştir.

Tatmin edici bilgi sahibi oldum

Doğum sürecini olumlu etkiliyor

“(…) Bu doğum sürecini etkiledi. Bunun kıymetini sonradan anladım. Mesela benim kuzenimin eşinin ilk anestezi doktoru benim bahsettiğim doktor, ikinci doğumda başkası

girmiş. Yani diyor ikincisinde daha rahat olmam gerekirdi ama diyor azar çeker gibi doğru düzgün durmuyorsun da dursaydın böyle olmazdı ya getirdi diyor. Bütün doğum hikâyem etkilendi diyor. Gerçekten bence doğum hikâyesinin başındaki insanların yaklaşımı çok önemli. Anestezi doktorum çok iyiydi.” S.22.5

“Yani gayet açıklayıcı bir şekilde anlattı o ameliyathaneden önce o kâğıtları imzalamadan önce sözlü de beni gayet net bir şekilde bilgilendirmişti kendisi. (...) Benim o ilk doğumumdaki şoktan dolayı hani benim zaten bir şeyim vardı. O yüzden hakikaten diyorum ya hani çok iyi bir doktor. Hastalarını hani demoralize etmeden çok iyi böyle şey yapabilen yüreklendirebilen yani olayların nasıl gelişeceğini anlatabilen hatta ameliyathaneye girmeden benim aileme bile neler olacağını ne kadar sürede neyin ne olacağını hani onları rahatlatmak için onlarla bile ilgilenen bir doktor. O yüzden hani ikinci doktorumda her şey kafamda netti. O yüzden çok huzurlu bir şekilde girdim ve çıktım. Çünkü şey iyi tarafları kadar kötü taraflarından da bahsetti. Hani bunları bilmem gerektiğini neyle karşılaşacağımı yani ya da nelerin olabileceğini bunları hani ben de diyorum ya her şeyi bilerek giriyorsun. O saatten sonra yok ben olamayacağım içimde kalsın deme şansınız yok ama tabi ki şey hani bir tarafım tabi ki çok korkuyordu çünkü oraya girip bir daha çıkamamak da var. Ama bunları bilerek giriyorsunuz. Hani hiçbir şey lay lay lom olmadığını da biliyorsunuz o tarafı da hani bence gerçekçilik de önemli bir şey böyle sanki her şey hani tozpembe gibi değil. Ben hepsinin iyi tarafını da kötü tarafını da bilerek sözlü olarak doktorumdan duyarak girdim. Hani böyle bir teslimiyet ile girdim öyle söyleyeyim. Ondan sonra doktoruma güvenerek girdim. O yüzden de içim çok rahattı. Hani ondan sonrası artık şeye kalıyor kader diyelim belki de. Ona yapacak hiçbir şey yok zaten.” S.22.8

Tatmin edici bilgi sahibi olmadım

“Hayır düşünmüyorum, bence yazılı bir bilgilendirme de yapılmalı ve hatta son hafta itibariyle hasta talep ettiği doğrultuda sözlü bilgilendirmeler yapılmalıdır. Bu durum bazı hamileleri strese sokabilir. Doktorun hastasını anlayarak yaklaşması gerektiği ve bu anlamda hastasının duygusal ihtiyacını empati yaparak desteklemesi gerektiğini düşünüyorum. (...) Benim sorduğum sorular doğrultusunda bana bana genel bir bilgi verildi ancak sormasaydım verilmeyecekti, yeterli ve iç rahatlatıcı değildi bence yine de. (...) Ben sorunca bilgilendirildim aslında ayrıntısı konusunda onun haricinde sadece gerekirse sezaryen olacak, şu şu koşullar olursa normal doğum bekleriz gibi bir ön bilgi verilmişti. Sonuçta sezaryen olacağı aşağı yukarı kesinleşince dönmedi bebek hafta geçti yani bunlar olunca sezaryen olacağı söylendi ama bu kadar yani sezaryen şöyle bir operasyon, biz böyle yapıyoruz, süreç böyledir gibi ayrıntı verilmemişti, ben sorunca verildi.” S.22.6

“Ben zaten hastanedeki doktorumla bir araya gelmedim. Kim beni ameliyat etti sadece bir bayanın ameliyat ettiğini biliyorum sadece daha sonra evraklar vermeniz gerekiyor, epikriz raporu, kamuda çalıştığımız için bunlardan dolayı bir bayanın ameliyat ettiğini biliyorum onun haricinde ben hatırlamıyorum doktorumu. Doktorla bir araya gelme şansımız olmadı hiç sadece raporla ilgili yanına gitmiştik çünkü epikriz raporumu kaybolmuş tekrar bir rapor çıkarmaları gerekiyor sanırım o aşamada görüştük. Onun haricinde hiçbir görüşmemiz olmadı.” S.21.1

“Sezaryen doğum ile alakalı yani sezaryen doğum ile alakalı şimdi düşündüğümde uygulamaya dair çok detaylı bir bilgi verilmedi yani onunla alakalı zaten hani ben de siz nasıl yapacaksınız falan diye direkt sezaryen ile ilgili detaylı bir bilgi sormadım kendisine çünkü hani bilgiye ulaşmada çok her yerden kendimiz ulaşabiliyoruz bir bilgimiz var

izleyebiliyoruz falan ya öyle özellikle ona bir şey sormadım doktora o da bana öyle bir şey söylemedi.” S.21.3

“Kesinlikle yeterli açıklayıcı olumlu ya da olumsuz bilgi sahibi olmadım.” S.22.10

Görüşmecilerin sağlık personeli ile kurdukları iletişim çerçevesinde sezaryen öncesi ve sonrasına dair hangi konularda bilgilendirildikleri Tablo 6.9.’da sunulmuştur. Görüşmeciler en fazla sezaryen sonrası yara/kesi bakımı (beş kişi) ile ilgili bilgilendirilmişlerdir. Görüşmecilerden üçü (S.22.5, S.22.7 ve S.22.8 protokol numaralı görüşmeciler) anestezi konusunda bilgilendirildiklerini belirtmişlerdir. Görüşmecilerden sadece ikisi sezaryene dair riskler ile sezaryen sonrasına dair riskler konusunda bilgilendirildiklerini ifade etmişlerdir. Suni sancı alan S.21.1., S.21.2. ve S.21.4 protokol numaralı görüşmeciler suni sancı konusunda bilgilendirilmediklerini belirtmişlerdir.

Diğer görüşmeciler suni sancı konusunda fikir beyan etmemişlerdir. Anestezi konusunda bilgilendirilmediğini belirten dört görüşmeci bulunmaktayken üç görüşmeci bu konuda fikir beyan etmemiştir. Sezaryene dair riskler ve sezaryen sonrası karşılaşılabilecek riskler konusunda yedi görüşmeci bilgilendirilmemişken her iki konuda da fikir beyan etmeyen görüşmeci sayısının bir olduğu ortaya çıkmıştır. Yara/kesi bakımı hususunda iki görüşmeci bilgilendirilmediğini ifade etmiş, üç görüşmeci ise bu konuda herhangi bir söylemde bulunmamıştır. Konuya ilişkin söylemler tablo altında sunulmuştur.

Tablo 6.9. Görüşmeciler bazında sezaryen öncesi ve sonrası olası durumlara karşı yapılan bilgilendirme

Görüşmeciler	Anestezi	Suni sancı	Sezaryene dair riskler	Sezaryen sonrasına dair riskler	Yara/kesi bakımı	Sezaryen öncesi ve sonrası olası durumlara karşı yapılan bilgilendirme
S.21.1.	0	0	0	0	1	
S.21.2.	0	0	0	0	0	
S.21.3.	0	-	0	0	-	
S.21.4	-	0	0	0	1	
S.22.5	1	-	0	0	-	
S.22.6	-	-	0	0	-	
S.22.7	1	-	-	-	1	
S.22.8	1	-	1	1	1	
S.22.9	-	-	1	1	1	
S.22.10	0	-	0	0	0	
Toplam	3	0	2	2	5	

Bilgilendirme yapılması durumu (1) ile, bilgilendirme yapılmaması durumu (0) ile belirtilmiştir. (-) işareti konulan kutular ise görüşmecinin o husus hakkında herhangi bir yorum yapmadığını belirtmektedir.

“Bana pek bilgi verdiğini hatırlamıyorum Sadece dikişlerin iltihaplanması için banyo konusuna dikkat etmem söylendi hastane tarafından yani idrar yollarım da o zaman enfeksiyon kapmıştı çok ciddi ve çocuk zaten kuvözde falan zaten kendimle çok ilgilenmiyordum açıkçası. (...) Onun haricinde sözlü bir yaptılarsa da hatırlamıyorum açıkçası ama çok bir şey olsa kafanda kalır sadece dikişlerle gibi bir şey hatırlıyorum o da işe yaramadı zaten dikişlerim iltihap kaptı.” S.21.1

“Herhangi bir sözlü bilgilendirme olmadı. Yazılı olarak bir bilgilendirme olup olmadığını o günkü telaştan dolayı hatırlamıyorum. Komplikasyonlara ya da sezaryen doğum sonrası oluşabilecek risklere ilişkin bir imza attık mı herhangi bir kâğıda onu da bilemiyorum, hatırlamıyorum. Atmış olsaydım her halde dosyalarımın içinde bulunurdu.

Evde dosyalarımın içinde yok böyle bir belge. (...) Bu bir ameliyat yani herhangi bir ameliyat sonrası bana söylenmesi gereken tavsiyeler bile yapılmadı. Sadece antibiyotik ilaç ve ağrı kesici ile eve gönderildim. Antibiyotiği kullanmam istendi, onun dışında bir hafta sonra da kontrole gitmem istendi bunun dışında bilgilendirme yapılmadı. Yara ile ilgili kesi ile ilgili bakım istendi sadece dikkat etmem istendi. Olağanüstü bir kanama olması durumunda da başvurmam istendi bu kadar.” S.21.2

“Doğum sonrası olabilecek şeylere karşı doktor tarafından bir bilgilendirme yapılmadı. Maalesef öyle bir şey kesinlikle olmadı sonrasına dair olmadı. (...) Anestezi ile ilgili hiç kimse hiçbir şey söylemedi. (...) Onun dışında hani bana doğum yaptırdıktan sonra uyutacağız demediler. Zannettim ki ben sonuna kadar orada konuşacağım. Ama gerisi yok mesela. Söyleyebilir miydi belki söylerdi. Söylese iyi olur muydu, iyi olurdu belki. Yani doğumumun yarısı yok bende hani sezaryen olmama rağmen.” S.21.3

“Doğumdan sonra yaptılar. İlaçları falan veriyorlar ya ağrı kesicidir falan ama şey dediler bir sorunun olmazsa görmemize gerek yok dediler. Ben de gitmedim açıkçası. Yarada falan sıkıntı olursa gelirsin dediler. (...) Onun dışında yani pek de hatırlamıyorum şöyle şöyle olur dediklerini (...) Doktor alalım dedikten sonra da olumlu ve olumsuz yönlerinden bahsedip de bana bir tercih bırakmadı. Alalım dedim yani artık daha fazla beklemeye gerek yoktu yani. Oradaki hemşirelerle falan konuştuk işte en doğru kararı verdiniz, son anda hani zaten komplikasyonlar olabiliyor falan onlar da öyle yüreklendirici açıklamalar yapınca...” S.21.4

“Aslını düşününce böyle açık açık olumsuzluklarını anlatmadılar yani ve ben bunu da hiç araştırmadım. Birazcık işte o omurilikten miydi iğne yapıldığında sakat kalma riskinin olduğundan bahsediyorlar. Onun haricinde hiçbir riskine dair bir bilgim yoktu yani öyle

söyleyeyim. Çok olumsuzluklarına dair hani bilgisizlik cehalet mutluluktur anlamında herhalde şey yaptım, cesaret ettim. Çok da kendim de araştırmadım ya olumsuzluklarını. Kendi hekimim hiçbir şey söylemdi yani sezaryen konusunda hani yaşayabileceğimiz bir sorun olur demedi. Anestezi doktorum haricinde kimse bir şey demedi.” S.22.5

“Hayır, bu detayda hiçbir bilgilendirme yapılmadı, çoğu kişiye de yapıldığını hiç duymadım.” S.22.6

“Evet dikişlerim için özellikle.” S.22.7

“Doktorum şey demişti. Şu an gireceğin ameliyat dünyadaki en riskli ameliyatlardan bir tanesi demişti. Sezaryen hani çok şeydir. Bakma hani birçok kadın sezaryen olmak için şey yapıyor hani makyajla şöyle gelen insanları da gördüm ben. Kuaförden çıkıp ameliyata giren yani bu bir ameliyat ne olursa olsun bence ki duyuyoruz benim çok yakınımnda sezaryen ile çocuğunu doğurduktan sonra hayatını kaybeden arkadaşlarım oldu. O yüzden ben hani buna hiçbir zaman anlam veremedim açıkçası. O yüzden de şey doktorum da çok net bir şekilde anlatmıştı. Hatta o anlatırken ben böyle göz yaşlarıma hâkim olamayıp korkmuştum ilk defa. Ama hani sonrasında dedi bunu seni korkutmak için değil sadece seni bilgilendirmek için söylüyorum. Zaten bir öncesinde olmuşsun sezaryen bu ikinci sezaryenin bundan sonrasında zaten tavsiye etmiyorum demişti. Hani iki sezaryenden sonrasında benim hani bundan sonra mümkünse şey yapma hani hamile kalma çünkü yine sezaryen olacaksın ve her sezaryen daha da risk senin için diye bunları bile anlatmıştı.” S.22.8

“Bilgi verildi. Sürekli zaten telefonla irtibat halindeydik.” S.22.9

“Olası durum ya da komplikasyonlarla ilgili bilgilendirilmedim.” S.22.10

Aydınlatılmış onam, sezaryen uygulamalarında biyoetik açıdan ciddi bir öneme sahiptir. Bölüm kapsamında yukarıda bahsi geçen sorular çerçevesinde sezaryen uygulamasında aydınlatılmış onamın biyoetik açıdan usulüne uygun olarak alınıp alınmadığını ve söz konusu uygulamalarda biyoetik yaklaşımın yerini keşfetmek adına, görüşmeciler süreci anlatırken hangi biyoetik ilkelerin kapsamına uygun tanımlamalar yaptıkları analiz edilmiştir. Bahsi geçen ilkeler, Biyoetik ve İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi’nde (2005) benimsenen ilkelerden, aydınlatılmış onam çerçevesinde yer alan madde 4, madde 5 ve madde 6’dır. Aydınlatılmış onamın temel bileşenlerinin sezaryen bağlamında uygulanma ve bilgilendirmenin kapsamının içerilme durumu Tablo 6.10.’da sunulmuştur.

Tablo 6.10. Aydınlatılmış onamın temel bileşenlerinin sezaryen bağlamında uygulanma ve bilgilendirmenin kapsamının içerilme durumu

Aydınlatılmış onamın temel bileşenleri	Uygulanma Durumu									
	S.21.1	S.21.2.	S.21.3.	S.21.4.	S.22.5.	S.22.6.	S.22.7.	S.22.8.	S.22.9 .	S.22.10
Bilginin hastaya açıklanması	X	X	X	X	X	✓	✓	✓	✓	X
Bilginin hasta tarafından anlaşılması	X	X	X	X	X	✓	✓	✓	✓	X
Onamın gönüllü olması	X	✓	✓	X	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Hastanın onam vermeye yeterli olması	X	✓	✓	X	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Bilgilendirmenin kapsamı	İçerilme Durumu									
	S.21.1	S.21.2.	S.21.3.	S.21.4.	S.22.5.	S.22.6.	S.22.7.	S.22.8.	S.22.9 .	S.22.10
Tanı ve işlem	X	X	X	X	X	✓	✓	✓	✓	X
Cerrahi işlem riskleri	X	X	X	X	X	✓	✓	✓	✓	X
İşleme alternatifler	X	X	X	X	X	X	X	✓	✓	X
Tedavi kabul edilmediği takdirde karşılaşılabilecek sonuçlar	X	X	X	X	X	X	X	✓	✓	X
Önceden tahmin edilmeyen durumların tedavisine onay	X	X	X	X	X	X	X	✓	✓	X
Anestezi	X	X	X	X	✓	X	✓	✓	X	X

Görüşmecilerin söylemleri kapsamında aydınlatılmış onamın temel bileşenleri ve bilgilendirmenin kapsamına dair maddelerin içerilmesi durumu (✓) işareti ile içermeme durumu (X) işareti ile belirtilmiştir.

Yukarıdaki tabloya göre aydınlatılmış onamın temel bileşenleri; bilginin hastaya açıklanması, bilginin hasta tarafından anlaşılması, onamın gönüllü olması, hastanın onam vermeye yeterli olması şeklinde ele alınmıştır. Bilgilendirmenin kapsamı; tanı ve işlem, cerrahi işlem riskleri, işleme alternatifler, tedavi kabul edilmediği takdirde karşılaşılabilecek

sonuçlar, önceden tahmin edilmeyen durumların tedavisine onay ve anestezi bağlamında değerlendirilmiştir.

Aydınlatılmış onamın temel bileşenleri çerçevesinde altı görüşmeci bilginin kendilerine açıklanmadığını belirtirken dört görüşmeci kendilerine bilgi verildiğini belirtmiş, bilgilendirilmiş dört görüşmeci tarafından da bilgilendirme anlaşılmıştır. Onamın gönüllü olması bileşeni bağlamında iki görüşmeci hariç sezaryen işleminde gönüllü olarak onam verilmiştir. Ancak bilgilendirme yapılmış S.22.6., S.22.7., S.22.8. ve S.22.9. protokol numaralı görüşmeciler dışında onam, bilgilendirme olmaksızın verilmiştir. Diğer bir değişle görüşmeciler için onamın gönüllü olması, uygulama hakkında bilgi sahibi olup tam olarak kendi iradeleri ile karar verme biçiminde gerçekleşmemiştir. Sezaryen uygulamasına onam veren görüşmeciler her ne kadar S.21.3 protokol numaralı grüşmecide olduğu gibi elektif sezaryen uygulaması ile doğum yapmış olsa da karar aşamasında bilgilendirme değil endikasyon olasılığı ya da endikasyon etkili olmuştur.

S.21.1. ve S.21.4. protokol numaralı görüşmeciler ise acil sezaryene alındıklarını uygulama için onam vermeye yeterli durumda olmadıklarını belirtmişlerdir. S.21.2. protokol numaralı görüşmeci için dikkat çekici olan nokta onamın gönüllü olarak verilmesine karşın bunun bilgi eksikliği kaynaklı olduğunu belirtmesidir. Söz konusu görüşmeci doğumun başlaması için kendisine suni sancı verildiğini ancak sürecin nasıl ilerleyeceği ve ağrı konusunda kendisine bilgi verilmediği için vajinal doğumdan korkmaya başladığını ve sezaryeni tercih ettiğini belirtmiştir. Yine S.22.10. protokol numaralı görüşmeci için onam gönüllü verilmiş olarak gözükse de görüşmeci aslında vajinal doğum istediğini ancak hekim tarafından aradan yeterli süre geçmiş olmasına rağmen ilk doğumu sezaryen olduğu için sezaryene yönlendirildiğini belirtmiştir.

Bilgilendirmenin kapsamı değerlendirildiğinde tanı ve işlemler ile ilgili olarak dört görüşmecinin bilgilendirildiği, altı görüşmecinin bilgilendirilmediği; cerrahi işlem

riskleri konusunda dört görüşmecinin bilgilendirildiği, altı görüşmecinin bilgilendirilmediği; işleme alternatifler konusunda iki görüşmecinin bilgilendirildiği, sekiz görüşmecinin bilgilendirilmediği; tedavi kabul edilmediği takdirde karşılaşılabilecek sonuçlarla ilgili olarak iki görüşmecinin bilgilendirildiği, sekiz görüşmecinin bilgilendirilmediği; önceden tahmin edilmeyen durumların tedavisine onay hususunda iki görüşmecinin bilgilendirildiği, sekiz görüşmecinin bilgilendirilmediği; anestezi ile ilgili olarak üç görüşmecinin bilgilendirildiği, yedi görüşmecinin bilgilendirilmediği ortaya çıkmıştır.

S.21.1., S.21.2., S.21.3. S.21.4. ve S.22.10 protokol numaralı görüşmeciler aydınlatma kapsamında yer alması gereken hiçbir konuda bilgilendirilmemişlerdir. S.22.5. protokol numaralı görüşmeci ise sadece anestezi hekimi tarafından anestezi konusunda bilgilendirilmiş, doğumu gerçekleştiren hekim tarafından sezaryen uygulaması ile ilgili kendisine bilgi verilmemiş, aydınlatma kapsamında yer alması gereken diğer konularda bilgilendirilmemiştir. Bilgilendirildiğini belirten S.22.6. protokol numaralı görüşmeci, bilgilendirmenin kendisinin sorduğu sorular dolayısıyla yapıldığını, soru sormaması durumunda kendisine bilgi verilmeyeceğini ifade etmiştir. Kendisine yapılan bilgilendirmenin kapsamı içinde sadece tanı ve işlem ile cerrahi işlem riskleri bulunmakta; işleme alternatifler, tedavi kabul edilmediği takdirde karşılaşılabilecek sonuçlar ve önceden tahmin edilmeyen durumların tedavisine onay yer almamaktadır.

S.22.7. protokol numaralı görüşmeci ise tanı ve işlem, cerrahi işlem riskleri ve anestezi hakkında bilgilendirilmiştir. Geçirilmiş doğum hikayesine sahip bir diğer görüşmeci olan S.22.8. protokol numaralı görüşmeci, ilk doğumunda uygulama konusunda hiçbir şekilde bilgilendirilmediğini ancak ikinci doğumunda her konuda bilgilendirildiğini belirtmiştir. S.22.8. protokol numaralı görüşmeci sezaryen uygulamasında aydınlatılmış onamın usulüne uygun olarak alındığı tek görüşmeci olarak görülmektedir. Söz konusu görüşmecinin söylemleri aydınlatılmış onam uygulaması

çerçevesinde deneyimlediği iki doğumu karşılaştırma olanağı sağlaması açısından önem taşımaktadır. S.22.8. protokol numaralı görüşmecinin söylemleri bağlamında bilgilendirmenin yaşanan doğum deneyimini ve gebenin duygu durumunu olumlu olarak etkilediği ortaya çıkmıştır.

S.22.9. protokol numaralı görüşmeci açısından bilgilendirmenin kapsamı anestezi haricinde tanı ve işlem, cerrahi işlem riskleri, işleme alternatifler, tedavi kabul edilmediği takdirde karşılaşılabilecek sonuçlar ve önceden tahmin edilmeyen durumların tedavisine onayı içermektedir. Aydınlatılmış onamın temel bileşenleri ve bilgilendirmenin kapsamı, görüşmecilerin söylemleri çerçevesinde değerlendirildiğinde Türkiye’de sezaryen uygulamalarında etik açıdan aydınlatılmış onamın usulüne uygun olarak uygulanmadığı görülmektedir.

7. TARTIŞMA

Çalışma, Türkiye’de sezaryen uygulamalarında biyoetik bağlamında aydınlatılmış onam kavramının değerlendirilmesini amaçlamış, sezaryen uygulamaları öncesi aydınlatılmış onamın usulüne uygun olarak alınması konusunda sıkıntıların mevcut olduğu varsayıma dayanılarak planlanmıştır. Çalışma kapsamında sezaryen doğumun tercih edilme nedenleri, söz konusu tercihin bilinçli olup olmadığı, zorunluluk dahilinde mi olduğu, bilgilendirmenin bu tercihi etkileyip etkilemediği soruları sorulmuştur. Bu konularda bilgi toplamaya çalışılırken görüşmecilerin sezaryen doğuma dair değerlendirme, düşünce ve duygularına dair verilere ulaşılmıştır.

Bu çalışma ile aynı zamanda sezaryen doğum deneyimine sahip kadınların söz konusu deneyimi yaşamadan önceki bilgi kaynaklarının belirlenmesi ve bilgi edinimine etki eden faktörlerin ortaya konmasını sağlamaya çalışılmıştır. Çalışmanın amacına ulaşabilmesi katılımcıların değersel söylemleri derinlemesine görüşme yöntemiyle yarı yapılandırılmış açık uçlu soruların yer aldığı görüşme soruları marifetiyle sağlanmıştır. Sezaryen hikayesine sahip 10 kadınla gerçekleştirilen derinlemesine görüşmeler neticesinde doğum şekline karar vermek hususunda yeterince özerk olup olmadıkları, karar verme sürecini etkileyen etmenlerin neler olduğu cevabına ulaşılmaya çalışılmıştır. Bahsettiğimiz üzere biyoetik açıdan ciddi bir öneme sahip olan aydınlatılmış onamın sezaryen doğum özelinde uygulanma yöntemine dair bilgi elde edilmiş, bu çerçevede yapılan bilgilendirmenin kapsamı, bilgilendirmenin yapılmasının ya da yapılmamasının doğum süreci üzerindeki etkisi araştırılmaya çalışılmıştır.

Biyoetik açıdan bir değerlendirme yapmak üzere yola çıkılan bu çalışmada, aydınlatılmış onamın temel bileşenlerinin sezaryen uygulamaları öncesi yapılan bilgilendirme çerçevesinde içerilip içerilmediğine ulaşılmıştır. Biyoetik açıdan ele alınan bu bölümde sezaryen uygulamalarında ortaya çıkan sorunlara dair belirlemelerin uluslararası ve ulusal çalışmalarla benzerlik veya farklılık gösterdiği noktalar

incelenmiştir. Ortaya çıkan verilerin değerlendirilmesi sonucunda sezaryen uygulamalarında aydınlatılmış onam özelindeki biyoetik sorunlar büyük ölçüde saptanmıştır.

7.1. Sezaryen Doğumun Tercih Edilme Nedenleri

Türkiye’de kadının aydınlatılmış onamı çerçevesinde sezaryen uygulamalarında biyoetik bir değerlendirme amacın taşıyan çalışmamızda, öncelikle kadınların sezaryen doğumu tercih etme nedenleri değerlendirilmeye çalışılmıştır. Bu amaçla yöneltilen “Sezaryen doğumu tercih etme nedenleriniz nelerdir?” sorusuna verilen yanıtlar analiz edilerek sezaryen doğumu tercih etmeye neden olan unsurları için bir çerçeve çizilmeye çalışılmıştır. Bağlam “sezaryen” olarak; “tercih nedeni” ana tema olarak belirlenmiştir. Görüşmecilerin görüşlerinden elde edilen çıkarımlar çerçevesinde ulaşılan (Tablo 6.1.) alt temalar “bireysel”, toplumsal/çevresel” ve “hekim yönlendirmesi” şeklinde ayrılmış, alt temalar detaylandırıldığında bireysel anlamda, doğum korkusu, ağrı korkusu, sezaryen doğumun rahat olduğunun düşünülmesi, vajinal doğuma bağlı olarak cinsel işlev kaybı yaşanmasından duyulan kaygı, sezaryen/vajinal doğum ile ilgili gebenin bilgi eksikliği, sezaryen doğumda komplikasyon riskinin az olduğunun düşünülmesi sezaryen doğumu tercih etmede bireysel tercih nedenleri olarak vurgulanmıştır.

“Toplumsal/Çevresel” alt teması altında vurgulanan durum “vajinal doğumla ilgili olumsuz deneyim paylaşımı/geri bildirim” olarak ortaya çıkmış, hekim yönlendirmesi alt teması altında ortaya çıkan durum “endikasyon” olarak belirlenmiştir. Çalışmamızda, sezaryen doğumu bireysel olarak tercih etme nedenleri arasında en çok vurgulanan unsurun doğum/ağrı korkusu olduğu ortaya çıkmıştır. Söylemlerden ortaya çıkan bir diğer önemli sonuç doğum/ağrı korkusunun gebenin doğum hakkındaki bilgi eksikliğine bağlı bireysel bir durum olması, bunun yanı sıra toplumsal/çevresel unsurlarla ve hekim yönlendirmesiyle bağlantılı oluşudur. Literatürde sağlık çalışanlarıyla gerçekleştirilen bir

çalışmada vajinal doğumu tercih etme sebepleri arasında önceki doğumun vajinal olması, üçten fazla çocuk isteği, anestezi ya da ameliyat korkusu, çevre baskısı ve doktor önerisi yer almaktayken sezaryen doğumu tercih sebepleri arasında ağrı/doğum korkusu, bebeği riske atmamak, doktor önerisi yer almıştır. (Ünay ve Taşpınar, 2018: 193-195) Türkiye’de yapılan çeşitli çalışmalara bakıldığında kadınların sezaryen doğumu tercih etme nedenleri arasında hekim yönlendirmesi, tüp ligasyon isteği, annenin eğitim düzeyi ile sosyo-ekonomik durumu, bebeğin için daha sağlıklı olacağının düşünülmesi, obstetrisyenler tarafından anne ve bebek açısından az riskli olacağının düşünülmesi, annenin ileri yaşta olması ve doğum ağrısından korkusunun yer aldığı görülmüştür (Sayın vd., 2004; Gözükara ve Eroğlu, 2008; Sayiner vd., 2009; Karabulutlu, 2012; Ergöl ve Kürtüncü, 2014; Öner ve Koçaş, 2016).

Doğum korkusu, son yıllarda oldukça yaygın olarak görülen, hiç doğum yapmamış, ilk doğumunu gerçekleştirecek ya da daha önce doğum yapan kadınların hepsinde ortaya çıkabilen, kadını ve ailesini gebelik süreci, doğum ve doğum sonrası dönemlerde etkileyen ve çeşitli sağlık sorunlarına neden olan bir problemdir (Dencker vd., 2019: 99-111). Neushaus ve arkadaşları ise doğum korkusu yaşayan kadınların sezaryen uygulamasını bir çözüm yolu olarak görebildiklerini belirtmektedir (1994: 409-414). Doğum korkusu literatürde tokofobi olarak yer almakta ve gebelik ile doğum korkusunun şiddetli olarak tanımlanması anlamına gelmektedir. Birincil tokofobi, daha önce doğum deneyimi yaşamayan kadınları etkileyen ergenlik ya da erken yetişkinlikte başkalarına ait olumsuz doğum deneyimine maruz kalmaları nedeniyle ortaya çıkan korkuya; ikincil tokofobi ise daha önce olumsuz ya da travmatik doğum öyküsü yaşayan kadınları etkileyen, önceki doğum deneyimine bağlı gelişen, post travmatik stres bozukluğu ile de ilişkili olabilen korkuya verilen isimdir (Kaya ve Güler, 2021: 69-75).

Literatürde yer alan tanımlamadan görüldüğü, çalışmamızda da ortaya koyduğumuz üzere doğum korkusunun oluşmasında kadının kişisel deneyimlerinin yanı

sıra çevresel ve toplumsal etmenler bağlamında vajinal doğumla ilgili olumsuz deneyim paylaşımı ve geri bildirim kaynaklı etkiler de söz konusudur. Doğum/ağrı korkusu açısından literatüre bakıldığında çalışmamızda ortaya çıkan bulguların yapılan nicel araştırmalarla paralellik gösterdiği görülmektedir. Dünya çapında 18 ülkeden 29 çalışmanın dâhil edildiği bir meta-analize göre gebelerin yaklaşık %14'ünün doğum korkusu yaşadığı ortaya konulmuştur (O'Connell vd., 2017: 907-920). Ülkemizde yapılan çalışmalara bakıldığında, Borlu tarafından gerçekleştirilen bir araştırmada, doğum eyleminin ilk doğumunu gerçekleştirecek gebeler için ilk olması nedeniyle önceden doğum yapmış gebeler için ise belirsiz olması nedeniyle endişe verici olduğu, gebelerin yaşadığı endişenin sebeplerinin; ağrı korkusu, alışılmadık durumlarla karşılaşma olasılığı ve beden kontrollerini kaybetme durumu olduğu ortaya konulmuştur (Borlu, 2008). Akarsu (2012) tarafından yapılan bir çalışmada, kadınların %44,4'ünün; Koca (2015) tarafından yapılan çalışmada ise kadınların %53,8'inin doğum sırasındaki ağrıdan korktukları için sezaryen doğumu tercih ettiği ortaya çıkmıştır (aktaran Filiz, 2020: 80).

Çalışmamızda kadınların doğum/ağrı korkusu ile sezaryeni tercih etmeleriyle bağlantı olarak ortaya çıkan diğer unsurlar ise sezaryen doğumun rahat olduğuna dair düşünce ile komplikasyon riskinin az olduğuna dair inanıştır. Karahan ve Seil tarafından yapılan çalışmada kadınların %71,8'inin sezaryen konusunda vajinal doğumdan daha olumlu etkilere sahip olduğunu düşündüğü; %43,7'sinin de sezaryenin olumlu yönünün ağrı ve sancının olmamasından kaynaklandığını belirttikleri görülmüştür (2005: 243). Bir başka çalışmada kadınların %29,5'inin vajinal doğumu riskli bulduğu ve vajinal doğumdan korktuğu, %16'sının ise vajinal doğumu zor bir süreç olarak tanımlarken ağırlı olduğunu belirttiği ifade edilmiştir. (Kurt Durmuş, 2008)

Karakuş ve Şahin'in gerçekleştirdiği çalışmada elektif olarak sezaryen doğum uygulanan kadınların %62,1'inin ağrı korkusu nedeniyle, %26,4'ünün ise güvenli olduğu düşüncesiyle sezaryen doğumu tercih ettiklerini belirlenmiştir (2011: 60-65). Gözükara

ve Eroğlu'nun gerçekleştirdiği bir çalışmada kadınların %71,1'inin doğumdan/ağrısından korkma nedeniyle sezaryen doğumu tercih ettiği ayrıca kadınların %15,5'inin bebek için sezaryen doğumun daha sağlıklı olduğunu düşündükleri yer almıştır. Yine aynı çalışmada vajinal doğum kararını değiştirerek sezaryen doğum yapmaya karar veren kadınların %65'inin karar değişikliğinin nedeni olarak ağrısız doğum yapmayı isteme; %55'inin ise doğumdan korkma olduğu ortaya çıkmıştır (2008: 32-35).

Kadınların yaşadıkları doğum korkusunun kendi bedenleri ve sağlıkları ile ilgili olsa da kendi bedenleri ve sağlıklarından çok daha fazla dünyaya getirecekleri canlının bedeni ve sağlığıyla ilgili endişe duydukları görülmektedir. Geissbuehler vd. tarafından gebeler üzerinde yapılan bir çalışmada, gebelerin %50'sinin bebeğinin sağlığı ile ilgili korku; %40'ının ise ağrı korkusu yaşadığı ortaya çıkmıştır (2002: 229-235). Sayın ve arkadaşları (2004) kadınların sezaryen doğum tercih nedenlerinin başında doğum ağrısını çekmek ve bebeğe travma yaşatmaktan korkmaları geldiğini; Tozlu (2003) ise benzer şekilde kadınların en fazla ağrıdan korktukları için sezaryeni tercih ettiklerini ortaya koymuştur. McGrath ve arkadaşları (2009) yaptıkları çalışmada kadınların bazılarının sezaryenin doğum korkusu ve ağrıyı önlemesi; kolay, hızlı ve güvenli bir yöntem olduğunun düşünülmesi; bebek için güvenli bir doğum yöntemi olduğunun düşünülmesi nedeniyle tercih edildiğini belirlemişlerdir.

Ancak literatüre bakıldığında hem sezaryen sırasında hem sezaryen sonrasında anne ve yenidoğan için ortaya çıkabilecek çeşitli riskler olduğundan bahsedilmektedir. Bunlardan bazıları kanama ve kan transfüzyonu ihtiyacı, organ yaralanmaları, emboli, anne ve bebek için anesteziye bağlı riskler, yenidoğanda respiratuar distress sendromu, yenidoğanda yaralanma, maternal mortalite ve morbidite, enfeksiyonlar, cerrahiye bağlı önde gelen plasenta, uterus rüptürü, batın içi yapışıklıklar, annede ortaya çıkabilecek psikolojik problemler, yenidoğanın beslenme güçlüğü, anne ve yenidoğan bağlanması ile ilgili sorunlardır.

Çalışmamızda doğum/ağrı korkusuyla aynı zamanda sezaryen doğum tercihi ile bağlantılı olarak ortaya koyduğumuz unsur gebelerin doğum konusunda yeterince bilgi sahibi olmaması ve sağlık personeli tarafından da yeterince bilgilendirilmemesidir. Tozlu (2003) yaptığı çalışmada, kadınları sezaryeni tercih etmeye yönelten korkunun gebelerin sağlık çalışanları tarafından gebelikleri süresince yeterli derecede bilgilendirilmemesi ve destek almamalarından kaynaklandığını ortaya koymuştur. Kadınların doğumda yaşayacaklarını yeterince bilmemeleri ve anlayamamaları nedeniyle stres, korku, anksiyete ve endişe yaşadıkları, doğum süreci boyunca alacakları profesyonel destek, bilgi ve kendilerine önem verildiğini hissetmelerinin kadının kontrol duygusunu geliştirebileceği, doğum eylemi ve ağrısı ile baş etmesini sağlayabileceği, ayrıca negatif deneyim yaşamasını engelleyebileceği ortaya konmaktadır (Bozkurt, 2013; Karaçam ve Akyüz, 2011; Adams ve Bianchi, 2008; Chen vd., 2001).

Çalışmamızda sezaryen doğum tercihini etkileyen özellikle elektif sezaryenlerin artmasına neden olan çevresel ve toplumsal alt teması altında ortaya konulan unsur vajinal doğum ile ilgili çevreden gelen olumsuz geri bildirim/deneyim paylaşımıdır. Bireysel ve toplumsal açıdan değerlendirildiğinde doğum deneyiminin bireylerin yaşamlarını ciddi şekilde etkilediği görülmektedir. Söz konusu deneyim bağlamında kadının ne kadar desteklendiğine bağlı olarak deneyimin olumlu ya da olumsuz olarak algılanması değişiklik gösterebilmektedir. Marshall ve Raynor'a (2014) göre destekleyici bir ortamda müdahaleci olmayan bir yaklaşım ile doğum kadını güçlendirici bir özellik taşımaktadır.

Toplumsal ve kültürel değerler ile bireysel özellikler ve deneyim doğum algısına etki eden faktörlerdir. Çalışmamızda da ortaya çıktığı üzere hem bireysel hem çevre kaynaklı yaşanmış riskli gebelik öyküleri ile olumsuz doğum tecrübelerine dair geri bildirim sezaryen doğumun tercih edilmesine sebep olabilmekte, bu tercihin en büyük nedenini de doğum korkusu oluşturmaktadır. Doğum şekli tercih edilirken kadınların hem aileleri hem arkadaşları yakın ya da uzak çevreleri bu karara etki edebilmektedir. Kadının

kendi kararını asıl etkilemesi gereken ise doğru kaynaktan doğru bilgiyi yeterli derecede alabilmesinin sağlanmasıdır.

Çalışmamızda kadınların sezaryen doğumu tercih etme sebeplerinden bir diğerinin, vajinal doğum yapıldığı takdirde bu doğuma bağlı olarak cinsel işlev kaybı yaşanmasından duyulan kaygı olduğu belirlenmiştir. Çalışmamızla paralel olarak hem ülkemizde hem de yurt dışında yapılan çalışmalarda sezaryen tercihini etkileyen unsurlar arasında seksüel disfonksiyon yönünden yaşanan endişenin bulunduğu belirtilmiştir (Wax vd., 2005; Özcan ve Aslan, 2013; Aksoy, 2015). Kadınların hem beden ve estetik algılarına dair kaygıları hem de cinsel işlev bozukluğu yaşayacaklarına dair kaygıları onları sezaryen doğuma yönelten etmenlerden biri olarak ortaya çıkmıştır.

Hem kadınlar hem de erkekler açısından cinsel sağlık her dönemde önem taşımaktadır. Kadınların cinsel sağlığını etkileyen dönemsel değişimler bulunmakla birlikte gebelik ve doğum da cinsel sağlığı etkileyebilecek fizyolojik psikolojik ve sosyal etmenleri beraberinde getirmektedir (Gutzeit vd., 2019). Doğumu izleyen ilk üç ay kadınların çoğunda doğum yolunda oluşan hasar, disparoni ve kadının genel sağlık durumuna bağlı olarak orgazm güçlüğü, disparoni, vajinal kuruluk veya libidoda azalma gibi cinsel fonksiyonlarla ilgili sorunlar ortaya çıkabilmekte; kadının cinsel fonksiyonunun etkilenmesi vajinal doğum, müdahaleli vajinal doğum, sezaryen veya epizyotomi gibi obstetrik uygulamaların tamamından etkilenebilmekte; cinsel aktiviteye dönüş süresi ise doğum şeklinden bağımsız olarak altı hafta ile iki yıl arasında değişebilmektedir (Tüzmen, 2019: 6).

Sezaryen doğum cinsel disfonksiyondan korumada bir yöntem olarak görülmekte, pelvik ve perine hasarını önleyeceği, cinsel fonksiyonlar üzerinde olumsuz bir etkisi olmadığı için doğum sonrası cinsel işlev kaybını engelleyebileceği düşünülmekte ancak bunu desteklemek için yeterli veriye sahip olunmadığı ifade edilmektedir (Dabiri vd., 2014; Abalı Çetin, 2016). Literatürde bu konuyla ilgili olarak farklı sonuçlara ulaşan

alışmalar mevcuttur. Bazı alışmalar, doğum yöntemiyle cinsel sağlığın değışebildiğini (Safarinejad, 2009), epizyotomiye bağlı perineal hasar arasında ilişki olduğu, epizyotomi uygulanan kadınların üriner incontinans, ağrı, yırtık, pelvik taban morbiditesi gibi komplikasyonlarla karşılaşılabildiği aynı zamanda cinsel yaşamlarının olumsuz etkilendiği ve cinsel işlevin perinede hasarı olmayan ya da perineal hasara sahip kadınlarda “epizyotomi olan kadınlara göre daha iyi” (Klein vd., 1994; Glazener vd., 1997; Dönmez ve Sevil, 2009; Dünder, 2009; Durmaz ve Buğdaycı, 2013; Kartal, Özhan ve Cırık, 2014; Sayasneh ve Pandeva, 2010; Dabiri vd., 2014; Kasap vd., 2016; Rathfisch vd., 2010; Abalı Çetin 2016) olduğunu, vajinal doğumda bebeğin başının basısıyla ya da forsepsle klitoris, vulva ve perineyi inerve eden pudendal sinirin zarar görebildiğini (Pollack vd., 2004), sezaryen ve vajinal doğumun karşılaştırıldığı bir çalışmada ilk üç ayda disparoni sıklığının benzer bulunduğu, altıncı ayda sezaryenle doğum yapanlarda cinsel disfonksiyon bulunmazken “epizyotomili vajinal doğum yapan kadınlarda cinsel disfonksiyon olduğu” ve cinsel ilişki sırasında daha fazla ağrı tespit edildiğini (Baksu vd., 2007) ortaya koymaktadır.

Literatürde buna benzer bulguların olmasının yanı sıra kadınların birbirleriyle doğum sonrası cinsel yaşantılarına dair deneyim paylaşımları elektif sezaryen doğumun artmasına veya vajinal estetik uygulamalarına başvurulmasına neden olabilmektedir. Ancak kadınların sezaryen tercihini etkileyen etmenlerden biri olan vajinal doğumun cinsel işlev bozukluğuna yol açacağı düşüncesi temelde cinsel işlev bozukluğu tanımı ile ters düşmektedir. Cinsel işlev bozukluğu, sürekli tekrar eden biçimde uyaranlara ya da cinselliğe verilen cevapların normal standartlara göre disfonksiyon göstermesi olarak tanımlanmaktadır (Oniz vd., 2007).

Literatürde genellikle müdahaleli vajinal doğumda ortaya çıkan geçici cinsel işlev değışimden bahsetmenin mümkün olduğu, vajinal doğumun kalıcı bir işlev bozukluğu yaratmadığı ortaya konmaktadır. Obstetrik alet kullanımı ile perineal travmanın

şiddetinin disparoni, cinsel duyularda bozulma, cinsel açıdan doyum ile orgazm sağlama durumu ile ilişkili olduğu bulunsa da söz konusu bulguların uzun süre devam etmediği, altı ay ile bir yıl sürebilen cinsel işlev değişimlerine neden olduğu ifade edilmektedir (Signorello vd., 2001; Klein vd., 2005; Karaçam ve Çalışır, 2012). Bu çalışmayı destekler şekilde epizyotomili vajinal doğum kadınların cinsel açıdan postpartum dönemde üç ve altıncı aydaki durumları karşılaştırıldığında cinsel istek ve uyarılma konusunda doğum sonrası altıncı ayda ciddi bir artış yaşandığı bulunmuştur (Dabiri vd., 2014).

Başka bir araştırmada sezaryen, müdahaleli vajinal doğum ile spontan vajinal doğum karşılaştırılmış, cinsel ilişkiye yeniden başlama süresinde anlamlı bir fark ortaya çıkmadığı görülmüştür (Barbara vd., 2016). Sayasneh ve Pandeva (2010) vajinal doğum ve sezaryeni karşılaştırdıkları çalışmalarında postpartum kısa dönemde daha az cinsel problem yaşayan grubun sezaryenle doğum yapan kadınlar olduğunu ancak uzun dönem sonuçlarının tartışmalı olduğunu belirtmiştir. O'Malley ve arkadaşları (2018) ise doğum sonrası uzun dönemde ortaya çıkan cinsel sorunların emzirme, önceki disparoni hikayesi, vajinal kayganlaşmada eksiklik ve beden algısının olumsuz yönde etkilenmesi ile ilişkili olduğunu ortaya koymaktadır.

Bazı çalışmalarda ortaya çıkan sonuç ise kadınların cinsel sorunlarının sağlık hizmeti sağlayanlar tarafından görmezden gelindiğidir (Sayasneh ve Pandeva, 2010; Alnuaimi ve Almalik, 2020). Örneğin vajinismus ele alındığında bakış açısının bütüncül olması, cinsel mitler üzerinde çalışılmasının gerekliliği aşıkardır (Diker, 2017). Çünkü cinsel sorunların sebepleri genellikle cinselliğe dair bilgi eksikliği ve cinsellik konusundaki yanlış inanışlardan kaynaklanmaktadır. Bu sorunun oluşmasında fiziksel etmelerin yanı sıra toplumsal baskı, istismar, çevre faktörü gibi psikolojiyi etkileyen unsurların da bulunduğu bilinmektedir (Seo vd., 2005). Literatüre bakıldığında vajinismus ile ilgili tanımlama konusunda bir fikir birliğine varılamadığı, ağrının kesin tanı koymada yeterli bir ölçüt olmadığı çünkü çalışmalarda kadınların yarısının ağrı

hissetmediklerinin ortaya çıktığı, ağrının kasılma ya da spazmdan kaynaklandığı konusunun net olmadığı ifade edilmektedir (Nobre vd., 2006; Pukall vd., 2000; Coppini, 1999).

Vajinal doğumun cinsel işleve etkisi olup olmadığı konusuna döndüğümüzde, Bozkurt tarafından gerçekleştirilen bir çalışmada vajinal doğum yapan kadınlar ile sezaryen doğum yapan kadınların postpartum döneme dair cinsel yaşam kalitesi puanları karşılaştırıldığında vajinal doğum yapan kadınların puanlarının sezaryen doğum yapanlara göre yüksek olduğu belirlenmiş; cinsel işlev bakımından anlamlı bir fark tespit edilmemiş; epizyotomi uygulanan ve uygulanmayan vajinal doğum yapan kadınların cinsel yaşam kalitesi puanları arasında ise fark bulunmamıştır (2013: 37-38). Kasap ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada ise postpartum uzun dönemde vajinal doğum yapan ve sezaryenle doğum yapan kadınlar arasında cinsel işlev yönünden fark saptanmadığı, doğum yöntemi ile kadınların cinsel işlevleri arasında ilişki olmadığı ortaya konmuştur (2016: 203-205). Her iki doğum şeklinin uzun dönemde kadınlar üzerindeki etkilerinin karşılaştırıldığı literatürde yer alan farklı çalışmalarda yine aynı sonuca ulaşılmış doğum yönteminin cinsel işleve etkisi tespit edilmemiştir (Hosseini vd., 2012; Baytur, vd., 2005; Doğan vd., 2017; Kahramanoğlu vd., 2017; Hannah vd., 2004).

Çalışmamızda ortaya çıkan bir başka bulgu, kadınların cinsel işlev bozukluğu yaşayacakları kaygısının yanı sıra yukarıda kısaca değindiğimiz vajinal doğum ile bedenlerinde meydana gelecek bozulmanın onları sezaryen doğuma yönlendirdiği söylemidir. Toplumsal ve kültürel belirlemeler sadece beden algısı konusunda genellikle kadınlar için işlemekte ve kadınlar için uygun beden nasıl olması gerektiğini bize bildirmektedir. Yaratılan ideal beden imajına uymama korkusu kadınların üzerinde bir baskı unsuru oluşturmaktadır. Ancak erkekler için belirlenmiş böyle bir “münasip” beden imajı bulunmamakta, tolerans sınırları dahilinde geniş çeşitlilikteki beden-imajları yer almaktadır (Grosz, 2014: 53). Estetik cerrahiye başvurma nedenlerini araştıran

Çalışmalarda kadınların sosyal evre, medya, akran/arkadaş ve ailelerinden etkilendikleri ortaya konulmuştur (Buturak, vd., 2016; Demirel, 2021). Bu da kadınların beden imajıyla ilgili dūřūncelerinin kendileri dışında kalan faktörlerden ne kadar çok etkilendiğini göstermektedir. Uluslararası Estetik Plastik Cerrahi Birlięi'nin (ISAPS) araştırmasına göre kadınların %87,4 gibi ciddi bir oranla erkeklere göre daha fazla estetik operasyona yöneldiğini ortaya koymuştur (Uluslararası Estetik Plastik Cerrahi Birlięi [ISAPS], 2018). Baudrillard, *Bařtan ıkarma* adlı eserinde kadın bedeninin, göstergeye d nūřen bedene dair ekonomi politiğin nesnesi olduğunu belirtmektedir (2016: 116).

Baudrillard, bedenin ekonomi politiğin nesnesi olma durumu ile narsisim arasında bağlantı kurmaktadır. Ancak bedenin narsistik şekilde sarıp sarmalanması biçimsel estetik ile bağlantılıdır. Freud *Narsisim  zerine ve Schreber Vakası* (2015) adlı eserinde bedensel yansıma bağlamında özne için olarak giriş sunmakta, narsisim kavramını kullanarak kadının kendini sürekli olarak gözlemleme davranışını açıklamaya çalışmaktadır. Kadında benlik algısının oluşumu bir başkası tarafından beğenilme duygusuyla tamamlandığı için kadın her şeyi gözlemek zorunda kalmakta, bu durum benliğinde bir yarık oluşurmaktadır (İnceoğlu ve Kar, 2016: 74). Toplumsal tanımlamalar ve beklentiler ile kadın için çizilen imaj her zaman söz konusu belirlenimlere uygun bir performans sunumu talep etmektedir. Toplumsal ilişkiler ağı içinde beden imajı diğer bireylere ve onların yarattığı etkiye bağlı olarak belirlenirken bireyin benlik algısı bu imajla bağlantılı olarak kimlik tanımlamaları ve bunların dayandığı söylemlerle ilişki halindedir.

Tseelon bedensel imajıyla tanımlanan kadının görünüşünü biimlendirmesinde buna dair beklentilerin etkili olduğunu belirtmekte, çekicilik bağlamında ciddi eleştirilere maruz kalanların erkeklerden çok kadınlar olduğunu ifade etmektedir (2002: 15-112). Toplumsal değer yargıları, bunun yarattığı psikolojik baskı, tüketim kültürünün yarattığı ideal ölçülere uyma zorunluluğuyla sürekli izlenen obje konumunu işelleştiren kadın için

bakılan bir obje olma konumu giderek daha önemli hale gelmektedir (İnceoğlu ve Kar, 2016: 77). Çünkü kadın için çocukluğundan beri güzellik kendisine atfedilen ya da esirgenen bir nesne konumundadır bu vesileyle de kendini izlemesinin gerekli olduğunu öğrenmektedir (Tseelon, 2002: 114). Kadın bedeni de bu ilişkiler ağı içinde kendine yabancılaşmakta, tüketim nesnesine dönüşmekte ve yeniden kurulmaktadır. Bedenin inşası hem baskı altına almaya yarayan hem de ödüllendirici mekanizmaların devreye girdiği ilgi edinimini de beraberinde getirip ödül için acı çekmeye razı olunan bir tür rıza ekonomisi mantığı oluşturmaktadır (İnceoğlu ve Kar, 2016: 80).

Görünüş kaygısının tüm sağlık anlayışına, zihinsel ve fiziksel sağlık bütünlüğüne hâkim olduğu görülmekte; kişisel beden imgesinden kaynaklanan hoşnutsuzluk ise kişinin kendilik değerini etkilemektedir (İnceoğlu ve Kar, 2016: 79-148). Başka bir şekilde söylemek gerekirse güzellik eğilimi ya da kendini sevmeye işlevsel bir araç olarak bir arada yürümektedir. ISAPS'ın Türkiye raporunda 100 kişiden üçünün estetik operasyon gerçekleştirmiş olduğu ifade edilmiştir (ISAPS, 2016). Çarboğa'nın yaptığı bir çalışma, katılımcıların %80'inin beden güzelliğini önemli bulduğu, güzelliğin sosyal ilişkiler, psikolojik durum, partner ilişkileri ile evlilik hayatını olumlu etkilediğini düşündüklerini ortaya koymuştur (2022: 177). Göksu tarafından yapılan bir çalışmada ise kadınların %76,98'inde değiştirilmesini istedikleri durumun/sorunun sonradan ortaya çıktığı (doğumdan sonra, kazadan sonra vb.), mevcut sorun/durum nedeniyle kadınların %64,29'unun günlük yaşamlarının etkilendiği bulunmuştur (2019: 39-42).

Çalışmamızdaki bulgular özelinde gebelerin daha önce vajinal doğum yapmış yakın arkadaş çevresi ile bilgi paylaşımları sırasında vajinal doğumun vajinal yapının bozulması ve cinsel işlev kaybına neden olduğu şeklinde olumsuz geri bildirim aldıkları, geri bildirimde bulunan bu kişilerin vajinal estetiği yaşadıkları olumsuzluğu düzeltebilecek en iyi çözüm olarak gördükleri ortaya çıkmıştır. Bazı kadınlar vajinal doğum sonrası perineal laserasyonlar, hatalı epizyotomi tamiri ya da pelvik destek

azalması nedeniyle vajina genişlemesinden rahatsız olduklarını belirtmektedirler (Millheiser, 2010'dan aktaran: Daşikan, 2019: 240). Kadınlar arasında genişlemiş vajinanın cinsel duyarlılıkta azalmaya neden olduğu düşünülüyor olsa da literatürde bu durumun cinsel fonksiyon bozuklukları ile doğrudan ilişkili olmadığı ifade edilmektedir (Dobbeleir vd., 2011). Vajina estetiğin vaadi, vajinanın şekli ve genişlemesinden kaynaklı görsel ve işlevsel sorunların çözüldüğü, kadınların özgüvenini arttırdığı, aile hayatı ve cinsel yaşamını düzenlendiği şeklindedir (Sargın ve Çiftçi, 2017; 194).

Daşikan ve arkadaşlarının da belirttiği gibi kadınların estetik operasyonlara bu kadar yönelmeleri fiziksel görünüşlerini cinselliklerinin ayrılmaz bir parçası olarak algılamalarından kaynaklanmaktadır (2019: 239). Vajinal estetik geçirmiş olan kadınlar üzerinde yapılan bir çalışmada, kadınların %54,2'sinin erkek partnerin cinsel deneyimini artırmak, %32'sinin ise eşlerinin cinsel zevkini arttırmak için yaptırdığını belirtmiştir (Goodman, 2010'dan aktaran: Daşikan vd., 2019: 239). Bu çalışmada gördüğümüz gibi kadınların söz konusu operasyonu geçirmelerinde etkili olan unsur kendi cinsel doyumları değil partnerlerinin cinsel doyumları dolayımıdır.

Ülkemizde vajinal doğum sonrası cinsel işlev bozukluğu şikayetiyle vajinal estetik operasyonu geçiren kadınlarla yapılan çalışmalarda, kadınların cinsel istek, uyarılma, kayganlık, orgazm ve cinsel doyum alanlarında istatistiksel olarak anlamlı iyileşme görüldüğü (İnan vd., 2015); vajinal gevşeklik şikayetiyle başvuran kadınlar üzerinde yapılan bir başka çalışmada operasyon sonrası hasta ve partner memnuniyet oranları araştırılmış, yüksek memnuniyet oranlarına ulaşılmıştır (Ulubay vd., 2016). Ancak kadın genital bölgesinde yer alan yoğun sinir dağılımının bozulabilme olasılığı genital ameliyatların bir riskidir ve bu risk cinsel işlev hususunda uzun süreli olumsuz sonuçlar ortaya çıkarabilmektedir (Giarenis ve Cordozo, 2014: 286-288). Gerçekleştirilen uluslararası geniş katılımlı bir anket sonucunda kadınların %65'inin vajina hakkında doğru bilgi sahibi olmadığı; %78'inin kadınların bilgisizliğinin toplumda vajina hakkında

yanlış inanışlar yarattığı, %51'inin toplumun bu konuda daha fazla bilgi sahibi olması gerektiğini düşündüğünü ortaya çıkarmıştır (Nappi vd., 2006). Bu tür operasyonların endikasyon olmamasına rağmen rutin bir uygulama gibi yapılması etik açıdan bakıldığında uygun değildir. Bazı çalışmalarda estetik operasyona başvuran kadınların benlik algısı ya da cinsel işlev yönünden olumlu sonuçlar aldığı öne sürülse de cinsel doyum konusunda yapılacak daha fazla çalışmaya ve bilimsel kanıta ihtiyaç duyulmaktadır.

Diğer yandan kadınların kendi bedenleri ve genital yapıları ile ilgili bilgi eksikliği, yanlış inanış ve algılamaları bulunmakta, kadınlar olumsuz çevresel etkilere de maruz kalmaktadır. Kadınlar estetik uygulamayı geçirecekse de kendi genital yapıları ve genital yapıların varyasyonları, uygulama sonucu değişecek fizyolojik yapı, geçirilecek operasyonun riskleri ile genital bölgede oluşabilecek komplikasyonlar, uygulamanın alternatifleri ve uygulamanın sonuçlarına dair yapılan yeterli çalışma bulunmadığına dair bilgilendirme yapılmalıdır.

Sezaryenin tercih sebepleri konusunda ortaya çıkan başka bir bulgu sezaryen uygulamasının endikasyon sebebiyle hekim yönlendirmesiyle yapıldığı, bunun bir tercih değil zorunluluk olduğu yönündedir. Görüşmecilerin büyük bir bölümü (%80) endikasyon sebebiyle sezaryen doğuma girmek zorunda kaldıklarını belirtmişlerdir. Çalışmamızda sezaryen doğuma neden olan endikasyonlar (Tablo 6.2.) “iri bebek”, “erken doğum”, “suyun azalması”, “ters bebek”, “annenin kanında pıhtılaşma problemi”, “bebeğin kalp atışlarının yavaşlaması”, “sancı ve kasılmanın başlamaması”, “annede çatı darlığı”, “miad aşımı”, “kordon dolanması”, “bebeğin beynine oksijen gitmemesi” şeklinde yer almıştır.

“Türkiye’de Cinsel Sağlık ve Üreme Durum Analizi Raporu” ülkemizde son 5 yılda risk kategorisinde sayılmayan gebeliklerin onanının %34 olduğu ortaya çıkmış, bu durum her 3 gebeden 2’sinin riskli gebelik kategorisine girdiğini göstermiştir (CİSÜ,

2021). Literatürde yer alan nicel çalışmalarda endikasyona bağlı sezaryen oranlarının artmakta olduğu görülmektedir. Sezaryen Çalışmamızla benzer şekilde sezaryen doğuma neden olan endikasyonlar arasında geçirilmiş sezaryen uygulamasının yanı sıra fetal distres, prezentasyon anomalileri, baş-pelvis uygunsuzluğu, iri bebek ve ditosinin (ilerlemeyen doğum eylemi) ciddi şekilde etkili olduğu ifade edilmektedir (Quinlivan vd., 1999; Erkaya vd., 1999; 674-679; Gomes vd., 1999; Peipert vd., 1999). İbas tarafından yapılan çalışmada kadınların %59,7'sinin sezaryen gerekçesi olarak tıbbi gerekliliği ifade ettiği (2009: 48); Güngör ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada kadınların %73,2'sinin tıbbi nedenle sezaryen olduğu (2004: 190); Çoban Koca tarafından gerçekleştirilen çalışmada ise kadınların %95,5'inin doktor önerisi ve tıbbi endikasyon nedeniyle sezaryen doğum yaptığı, bunun %56,3'ünü tekrarlayan sezaryenlerin oluşturduğu (2015: 18-23) ortaya konulmuştur. Çağlayan ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, sezaryen doğuma neden olan endikasyonlarından tekrarlayan sezaryen %34,8, ilerlemeyen doğum eylemi %27,8, fetal distres %17,6, bebeğin ters gelmesi %8,7, plesenta dekolman, kordon sarkması, çoğul gebelik, transvers geliş ise toplam %11,1 oranında olduğu ortaya çıkmıştır (2010: 51). Örneğin makat geliş, geçirilmiş sezaryen öyküsü, kandiloma vb. endikasyonların literatürde tartışmalı olarak görüldüğü, kesin olarak sezaryen doğumu gerektirdiğinin onaylanmadığı belirtilmektedir (Karakaplan, 2007; Borlu, 2008).

Sezaryen doğum kararının herhangi bir endikasyona dayanmadan verilmesi etik olarak kabul edilmemektedir. Ayrıca FIGO'nun da ortaya koyduğu üzere anne istemi de endikasyon değildir. Ancak obstetrisyenlerin katıldığı bir araştırma ise obstetrisyenlerin çoğu hastanın kararına uygun davranmayı etik açıdan uygun buldukları için elektif sezaryeni savunmuştur (Berghoit vd., 2004; Minkoff vd., 2004; Wax vd., 2005). Mükerrer elektif sezaryen uygulamaları ile ilgili bir çalışmada gebelerin %74,7'sinin acil, %25,3'ünün elektif koşullarda sezaryene alındığı, elektif sezaryene alınan gebelerin

mükerrer sezaryen, sefalopelvik uyumsuzluk, kıymetli bebek, transvers geliş ve makat geliş endikasyonu nedeniyle; acil koşullarda sezaryene alınanların ise fetal distres, ilerlemeyen eylem, plasentaprevia, dekolman plasenta, kordon sarkması ve diğer acil endikasyonlara sahip gebelerden oluştuğu; % 65,2 oranında gebeye ilk kez, %34,8 oranında gebeye tekrarlayan sezaryen uygulaması yapıldığı, acil operasyonlarda komplikasyon oranı %9,7 iken elektif operasyonlarda ise bu oranın %15,5 olduğu görülmüştür (Çağlayan vd., 2011: 65-66). Sezaryen uygulamalarında vajinal doğuma göre komplikasyon görülme olasılığı daha fazla olmaktadır. Çağlayan vd. bulgularında elektif sezaryenlerdeki komplikasyon oranının daha yüksek olduğu göze çarpmaktadır. Bunun sebebi olarak travaya girmemiş ve daha önce sezaryen geçirmiş gebelerin elektif sezaryenlerin çoğunluğunu oluşturması ile bu grubun hem önceden belirlenmiş risk faktörlerini hem de tekrarlayan sezaryen operasyonunun risk faktörlerini taşımalarından kaynaklandığı belirtilmiştir (Çağlayan vd., 2011; 67).

Sezaryen uygulaması diğer cerrahi uygulamalar gibi ciddi riskleri içinde barındırmaktadır. Sezaryen ile doğum yapmış kadınların sonraki gebeliklerinde plasenta previa ve akreta riskinin hiç zarar görmemiş uterusu göre arttığı, söz konusu komplikasyonların görülme olasılığının sezaryen operasyonu geçirme sayısı ile doğru orantılı olduğu ifade edilmektedir (Berkman, 2004; Rosen, 2008; NIH, 2006). Literatürde de görüldüğü üzere gebenin önceden geçirdiği sezaryen uygulaması sezaryenin en sık endikasyonudur.

Çalışmamızda görüşmecilerden sadece ikisi multipar olup ilk ve ondan sonraki doğumlarında da kendilerine sezaryen uygulanmıştır. Çalışmalarda ilk doğumunu sezaryenle gerçekleştiren kadınların %60-80'inin vajinal doğum yapabileceğini ortaya koymaktadır (Ertem ve Koçer 2008; Gönen vd., 2002). Mükerrer sezaryen oranlarının artması aynı zamanda genel sezaryen oranının artmasına da sebep olmaktadır. Sezaryen geçirmiş kadınların uygun durumda SSVD'ye teşvik edilmesi sezaryen oranlarının

azaltılmasına katkı sağlayacaktır (Sayiner vd., 2009; McGrath vd., 2009). Tıbbi olanakların ve teknolojinin geçmişe göre gelişmiş olması bunun yanı sıra eskiden endikasyon olarak tanımlanmayan durumların endikasyon olarak tanımlanması ile sezaryen endikasyonlarının genişlemesi sezaryen doğum sıklığının artmasında etkili olmuştur. Bu saydığımız faktörler aynı zamanda sağlığın tıbbileşmesi ile bağlantılıdır.

Tıbbileşme, önceden tıp alanı içinde yer almayan çeşitli süreçlerin, tıp alanının genişletilmesine bağlı olarak bu içinde tanımlanması, tedavi edilebilecek durumlar olarak görülüp tıbbi uygulamalara tabi tutulması şeklinde ifade bulmaktadır (Conrad, 1992). Demirlikan doğumun tıbbileşmesinde gebelik ve risk üzerinden tanımlanmasının etkili olduğunu belirtirken bunun kaygı ve belirsizlik durumu yaratarak hem gebeyi hem de bebeği potansiyel hastaya dönüştürdüğünü ifade etmektedir (2015: 12). Önceden doğum çok riskli bir eylem olarak tanımlanmazken bugün risk kategorisine sokulmakta, tıbbi müdahale de normalleştirilmektedir.

Tıbbileşme söylemiyle birlikte bireylerin sağlığındaki en küçük değişim tedavi talebi yaratmakta, aşırı teşhis/tedavi ile perçinlenmiş arz talep ilişkisine dayalı olarak değişen sağlık politikalarıyla sağlık hizmetlerinin kullanımında artış yaşanmaktadır. Sağlık sektörünün piyasalaştırılması söz konusu kısıktırılmış sağlık talebiyle başka şekilde söylemek gerekirse kâr amaçlı talep oluşturma ile tüketici olarak görülen hasta temellidir. Gebe bu sistemin içinde tüketim potansiyeline sahip hasta olarak görülmekte, tıbbileşme söylemiyle riskli bir eylem olarak tanımlanan doğum kadınlar için doğal konumundan uzaklaşıp tedavi edilmesi gereken bir durum halini almaktadır. Tıbbileşme çerçevesindeki söylemler ve risk tanımlamalarının yanı sıra çalışmamızın da gösterdiği üzere özellikle doğum konusunda bilgi eksikliği nedeniyle kadınlar, vajinal doğum yerine sezaryen doğumun daha güvenilir ve rahat olduğunu düşünebilmektedir.

7.2. Sezaryen Doğuma Dair Düşüncelerin Değerlendirilmesi

Sezaryen doğum hakkındaki düşüncelerin değerlendirilmesi için sorulan soru, “Sezaryen doğum hakkında düşünceleriniz nelerdir?” olmuş, soruya alınan yanıtlar çerçevesinde “sezaryen doğum” bağlamında “düşünceler” ana teması altında alt temalar; “olumlu”, “olumsuz” ve “öneriler” şeklinde ortaya konulmuştur (Tablo 6.3.). Sezaryen doğum hakkında ortaya konulan olumlu düşünceler, rahat ve sağlıklı olduğu ile vajinal doğum ile bir farkının bulunmadığına dairdir. Ortaya çıkan olumsuz düşünceler ise sezaryen doğum yapmadan duyulan pişmanlık, iyileşme sürecinin uzun olması, korkutucu olması, vajinal doğumun daha değerli bulunması, sezaryen doğum sonrası annelik ile ilgili toplumsal baskı görülmesidir. Ortaya çıkan diğer faktörler ise sezaryen doğumun tercihe bağlı olmaması sadece endikasyon sonucu yapılması gerektiği, hekim faktörünün doğum sürecini ciddi anlamda etkilediği ve bilgilendirmenin rahatlatıcı bir unsur olduğudur.

Çalışmamızda sezaryen doğumu olumlu olarak değerlendiren görüşmecilerin sayısının olumsuz değerlendirenlerden az olduğuna ulaşılmıştır. Sezaryen doğum şeklini rahat ve sağlıklı bulan iki görüşmeciden biri bu nedenlerle ikinci doğumunu da sezaryenle yapmayı tercih edeceğini belirtmiş; diğer görüşmeci ise doğum korkusu nedeniyle yine sezaryen doğumu tercih edeceğini ifade etmiştir. Çalışmamızda sezaryen uygulamasının doğum anı için kolay olduğunu düşünen görüşmecilerin bile doğum sonrası sürecin kolay olmadığı ve iyileşme sürecinin zaman aldığına dair olumsuz düşünceleri bulunmaktadır.

Çalışmamızda yer alan görüşmecilerin çoğu bir sonraki doğumlarında eğer tıbbi bir olumsuzlukla karşılaşmazlarsa sezaryen doğum değil, vajinal doğum yapmak istediklerini belirtmişlerdir. Literatürde yer alan çalışmalara baktığımızda da çalışmamızla benzer sonuçlara rastlanmaktadır. Çoban Koca tarafından yapılan bir çalışmada vajinal doğum yapan kadınların %97,2’sinin memnuniyet hissettikleri ancak sezaryen geçiren kadınların %25,1’inin memnuniyet hissetmedikleri ortaya çıkmıştır

(2015: 23-33). Bir diğerk çalışmada, vajinal yoldan doğum gerçekleştiren kadınların %90'ının bundan sonraki doğum için yine vajinal doğumu tercih ettiği, sezaryen uygulanan kadınların ise %77'sinin bundan sonraki doğum için tercihinin vajinal doğum olduğu ortaya konmuştur (Himmetoğlu ve Demirtürk, 2003). Duman ve arkadaşlarının yaptığı araştırmada doğumunu vajinal yoldan gerçekleştiren kadınların %81,6'sının bir sonraki doğumlarında yine tercih etmek istedikleri doğum şeklinin vajinal doğum olduğu, bu kadınlardan %90'ının sonraki doğumunu sezaryen ile gerçekleştirdikleri ortaya konmuştur (2007: 9-11). Ünay ve Taşpınar'ın yaptığı çalışmada kadınlara önerecekleri doğum şekli sorulmuş, son doğumunu sezaryenle yapmış kadınların %65,4'ü vajinal doğumu önerdiğini belirtmiştir (2018: 193). Doğum sonrası iyileşme şurecinin meşakkatli olması, vajinal doğuma kıyasla komplikasyon yaşanma olasılığının yüksek olması ile hastanede uzun şüre kalınmasının sezaryen ile doğumun olumsuz olarak vurgulanan tarafları olmuştur.

Bir çalışmada, kadınların sezaryen sonrasında %76,8'inin sınırlı hareket kabiliyetine sahip olduğu, %68,3'ünün kısa şüre zarfında bebeği ile ilgilenip bakımını yapamadığı, %62,8'inin bebeğini rahatça emziremediği, %55,5'inin kişisel bakımını yapamadığı, %53'ünün ağrı çektiği, %52,4'ünün şütünün geç geldiği, %53,7'sinin vajinal doğum yapan bir kadın ile kendini kıyasladığında durumunu kötü olarak değerlendirdiği (İbas, 2009: 83-84) ortaya çıkmıştır. Torloni ve arkadaşlarının 1000 kadınla gerçekleştikleri çalışmalarında, eğer imkanları varsa kadınların %80'inin vajinal doğumu tercih etmek istedikleri, daha önce sezaryen geçirmeyen kadınların %94,2'sinin vajinal doğumu tercih etmek istediği, bunun nedenini de hastanede kalma şüresinin kısa olması, hızlı iyileşme şureci olarak belirttikleri ortaya konmuştur (2013: 5-6).

Yine sezaryen sonrası kadınlarla gerçekleştirilen çeşitli çalışmalarda uygulama sonrası iyileşmenin uzun, ağrılı ve infeksiyon açısından riskli olduğu, anestezi, organ yaralanmaları, kanama gibi riskler ortaya çıktığı ifade edilmiş, elektronik fetal

monitorizasyona daha fazla maruz kalması, indüksiyon uygulanması, bebeğin daha fazla oranda yoğun bakıma kabul edilmesi, anneyle bebek arasındaki iletişimin geç başlaması ve hastanede kalış süresinin fazla olmasının vajinal doğum yapan kadınlara kıyasla doğumlarını daha olumsuz olarak değerlendirmelerine neden olduğu ortaya çıkmıştır (Fenwick vd., 2010; Chalmers vd., 2010).

Çalışmamıza katılan görüşmecilerden planlı sezaryen ile doğum yapmış üçü hariç tamamı vajinal doğum yapmak istemiş ancak çeşitli endikasyonlar sonucu hepsi sezaryen doğum yapmak zorunda kalmıştır. Literatürde yer alan diğer çalışmalar da çalışmamız ile benzer sonuçlar göstermiş, kadınların çoğunlukla vajinal doğum istediği ancak sezaryen doğum yaptıkları ortaya çıkmıştır. Yaşar ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada doğumların %34'ünün vajinal, %65,9'unun sezaryenle gerçekleştirildiği, kadınların %77,4'ünün aslında normal doğum istediği ortaya konmuştur. Yine aynı çalışmada, vajinal doğum yapan kadınların %86,9'u tekrar vajinal doğum yapmak istediklerini, sezaryen doğum yapanların ise %45,4'ünün diğer doğumlarında istediklerinin vajinal doğum yapmak olduğu bulunmuştur (2007: 420).

Gözükara ve Eroğlu'nun çalışmasında kadınların %86,2'si vajinal doğum yapmayı planlamış fakat %38,6 oranında yani planlandığından daha fazla oranda sezaryenle doğum gerçekleştiği ortaya çıkmıştır (2008: 35-37). Bu durum hem sezaryen oranlarında artış olduğunu hem de endikasyon skalasının genişlemesine bağlı olarak çalışmamızda da görüldüğü üzere kadınlar hekim yönlendirmesiyle endikasyon nitelendirilmesiyle sezaryene yönlendirilmektedir.

Çalışmamızda yer alan görüşmecilerden biri hariç geri kalanların tamamı endikasyon olmadan sezaryen uygulanmaması gerektiğini belirtirmiş, elektif sezaryen uygulamasını onaylamadıklarını vurgulamışlardır. Dolayısıyla görüşmecilerin çoğu yaşadıkları doğum deneyimi konusunda olumsuz geri bildirimde bulunmuşlar pişmanlık, korku, hazır olmama gibi duygular yaşadıklarını belirtmişlerdir. Ülkemizde

gerçekleştirilen çeşitli çalışmalarda, sezaryen doğum kararı ile birlikte kadınların % 25,9'unun korku, % 8,9'unun üzüntü, % 19,6'sının sevinç, % 12,5'inin rahatlama hissettiği; Tatar ve arkadaşlarının (2000) belirttiğine göre sezaryen ile doğuma hazırlanan gebelerin çoğunun durumdan memnun olmadığı, memnuniyetsizliklerinin sebeplerinin "sezaryen öncesi yeterince bilgilendirilmeme", "ameliyat korkusu", "normal doğum şansını kaybetmek" gibi nedenlere bağlı olduğu görülmüştür (Aktaran Güngör vd, 2004: 190).

Doğum deneyiminden memnuniyetsizliğin olumsuz, karmaşık ya da travmatik doğum deneyimleri ile bağlantılı olduğu, travmatik doğumun değerlendirilmesinde korkunun önemli bir psikolojik ölçüt olarak görüldüğü, doğum korkusunun ortaya çıkmasında önceki doğumda ortaya çıkmış istenmeyen durumların (acil sezaryen, operatif vajinal doğum, ölü doğum, anomalili bebek vb.) etkili olabileceği de öne sürülmektedir (Elmir vd., 2010; Boorman vd., 2014; Aksoy, 2015). Ayrıca kadınların doğumda çok fazla medikal müdahaleye maruz kalmaları kendilerinde doğuma dair olumsuz duygular oluşmasına neden olmaktadır. Topaç ve Bolsoy'un çalışmasında değindiği üzere vajinal vajinal doğum esnasında "kadınların %51,4'üne epizyotomi, %34,6'sına indüksiyon ve %21,9'una kristal manevrası uygulandığı", "kadınların %30,6'sı doğumu kolay algılayırken %21,1'i zor, "%30,6'sı çok zor" (2021: 49) şeklinde tanımladığı ortaya konmuştur. Bozkurt'un çalışmasında ulaştığı üzere gebenin kendisine yapılan girişimlerle ilgili bilgisi olmaması ve farkındalık durumu özellikle değerlendirilmesi gereken bir bulgu olup yapılan medikal uygulama oranı arttıkça kadınların memnuniyet oranı düşmektedir (2013: 74).

Çalışmamızda ortaya çıktığı üzere doğum deneyiminin olumlu ya da olumsuz olarak tanımlanması hekim faktörü ile gebenin ne kadar bilgilendiğine bağlı olarak değişmektedir. Hekim tarafından yeterince bilgilendirilen ve hekim ile sağlıklı iletişim kuran kadınların doğum deneyimlerinin olumlu olduğu ortaya çıkmıştır. Sezaryen doğum

sonucunda olumsuz fikre sahip olan kadınların korku olarak tanımladıkları duygu bilgi sahibi olmamak, kadının ne yaşayacağı konusundaki belirsizlikten kaynaklanmaktadır. Ayrıca çalışmamızda ortaya koyduğumuz üzere hekimin olumsuz yönlendirmesi ya da bilgilendirmesi gebede doğum korkusu oluşmasına da neden olabilmektedir. Bu durumda hekim unsurunun doğum deneyimi için oldukça önem taşıdığı ortaya çıkmaktadır. Dick Read korku ve endişenin olmadığı durumda ağrının azaldığını belirtmektedir (Aktaran Mete vd., 2015: 133). Bu nedenle de kadınların doğum eylemi için destek görmesi kadınlar açısından olumlu sonuçlar doğurmaktadır. Doğum için destek gören kadınların endişe ve ağrı düzeylerinin düşük olduğu (Mete vd., 2016); doğum ve doğum sonrası dönemde sosyal destek görmeyen kadınların ise doğum sonrasında travmaya daha fazla rastlandığı (İşbir ve İnci, 2014) belirtilmiştir.

Hasta hakları ve tıbbi etikle bağlantılı olarak gebenin aldığı bakım, uygulamalar konusunda aydınlatılması, seçeneklerden haberdar olması, kararlara katılımı, özerk olarak seçim yapma hakkını kullanabilmesi kadının doğum algısını olumlu yönde etkilemektedir. Doğum yapan kadınların doğum memnuniyetlerinin kendilerine saygılı davranılması, yeterli bilgi verilmesi ile bakımın yeterli olması ile paralel olduğu ifade edilmiştir (Şentürk Erenel ve Akkuzu, 1999: 26). Bilgilendirme ile doğum korkusu azaltılırken, kadının davranışlarını kontrol etmesi, olumlu duygular hissetmesi, kendine olan güveninin artması sağlanabilmekte, doğum süreci ve sonuçları pozitif yönde geliştirilebilmektedir (Adams ve Bianchi 2008; Hardin ve Buckner 2004; Sauls 2002).

Çalışmamızda ortaya çıkan diğer bulgu kadınların çoğunun vajinal doğumu sezaryen doğuma göre daha değerli buluyor olmalarıdır. Sezaryen doğum yaptıkları için hayal kırıklığı yaşadıklarını belirten kadınlar doğumun doğal şeklini deneyimlemek istediklerini ancak sezaryene alınmalarıyla bu deneyimi yaşayamadıklarından dolayı üzüntü duyduklarını belirtmişlerdir. Çeşitli çalışmalarda belirtildiğine göre kadınların büyük bir bölümünün vajinal doğumu tercih ettiği, sezaryene kıyasla vajinal doğumu

daha avantajlı buldukları, kadınların vajinal doğum yapmayı normal bir süreç olması, kontrolü elinde bulundurmaları, vajinal doğumu deneyimlemek istemeleri, bebek ile bağ kurma, sağlık için daha uygun ve güvenli olduğunun düşünülmesi, bebeğin hemen emzirilebilmesi nedeniyle istedikleri ortaya çıkmıştır (Clement, 2001; Güngör vd., 2005; Yaşar, vd., 2007; Sayiner, vd., 2009).

Çalışmamızda sezaryen doğum yapmanın toplumsal yönü ile ilgili görüşler de bildirilmiş, kadınların sezaryen doğum yapmaları nedeniyle toplumsal/çevresel olarak “iyi/gerçek anne olamama” hususunda baskı gördükleri ortaya konulmuş, yenidoğan ile ilgili yaşanan olumsuzlukların özellikle aileleri tarafından sezaryen doğuma bağlandığı belirtilmiştir. Ünay ve Taşpınar’ın (2018) yaptığı çalışmada da çevre baskısının vajinal doğumu tercih etme sebeplerinden biri olduğu ortaya konulmuştur. Penna ve Arulkumaran’ın (2013) belirttiği üzere de toplumun sezaryen doğum konusundaki tutumu ile baskı, kadının doğum kararında etkili olabilmektedir. Kadınlar doğum konusunda aşırı tıbbileşmeyle birlikte görecekları tıbbi hizmet hususunda kendilerini bir müzakere sürecinin içinde bulabilmekte; sunulan tıbbi tavsiyelere uymak, bebek ve kendileri hakkında özerk olarak karar alıp suçluluk duygusu yaşamak arasında ikilemde de kalabilmektedirler. Toplumda yer eden iyi annelik uygulaması hatta anneliğin profesyonel bir özelliğe bürünmesiyle kadınların yaşadığı bu ikilem daha da şiddetlenebilmektedir. Demirlikan bazı durumlarda sezaryen doğumun seçilmesinin bile iyi annelik ölçütü olarak görülebildiğini belirtmektedir (2015: 6).

7.3. Sezaryen Doğum Hakkındaki Bilgi Kaynakları ve Bilgi Edinimi Etkileyen Faktörler

Çalışmamızda kadınların sezaryen doğum hakkındaki bilgi kaynaklarının neler olduğu ortaya konulmuştur. Kadınların bilgi sahibi olmasını etkileyen faktörlere de değinilmiştir. Bilgi edinimi bağlamında ortaya çıkan bilgi kaynağı ana teması altında

“internet”, “yazılı/görsel malzeme”, “sosyal çevre”, “hekim”, “diğer sağlık personeli” bilgi edindiği kaynaklar olarak ortaya çıkmıştır. Çalışmamıza katılan görüşmeciler belirli faktörler nedeniyle sezaryen hakkında bilgi sahibi olmak istemediği ya da yapılacak uygulamaya razı olmak zorunda kaldığı, bilgi alacak durumda olmadığı ortaya çıkmıştır.

Görüşmecilerden öğrenildiği kadarıyla bilgi kaynağı olarak sadece tek bir kaynağa bağlı kalmadığı örneğin internet yanında hem yazılı/görsel malzeme hem sosyal çevre hem de sağlık personelinin kendileri için bilgi kaynağı olduğu bilgisine ulaşılmıştır. Çalışmamızda, görüşmecilerin doğum hakkında bilgi aldıkları sağlık personeli içinde “hekim”, “anestezi uzmanı”, “asistan”, “hemşire”, “ebe” bulunmaktadır.

Literatürde yer alan nicel çalışmalara baktığımızda, Güngör ve arkadaşlarının yaptıkları bir araştırmada doğum hakkında kadınların %32,1’inin hekim, %2,7’sinin hekim ile hemşire, %0,9 unun yalnızca hemşire tarafından bilgilendirildikleri ortaya konulmuştur (2004: 190). Çalışmamızda ise hem hekimden bilgi alan hem de birden fazla sağlık personeli tarafından bilgilendirilen kadınların oranı düşüktür. Başka bir çalışmada kadınların bilgi kaynaklarına bakıldığında %72 oranında görsel/yazılı medya, %40,8 oranında aile/arkadaş, %31,1 oranında ebe ve %22,5 oranında hekim olduğu ortaya konulmuştur (İbas, 2009: 78). Gözükara tarafından gerçekleştirilen bir çalışmada gebelerin doğum ile ilgili bilgi sahibi olduğu kaynakları, %56,2’oranında görsel, yazılı yayınlar, %31,4 oranında doğum yapmış akrabalar ile %13,9 oranında arkadaşlarının oluşturduğu ortaya çıkmıştır (2006: 35-36). Yine gebelerin %16’sının sağlık personeline doğum şekli ile ilgili bilgi edinmek amacıyla danıştığı ortaya çıkmıştır (Gözükara vd., 2008: 38).

Çalışmamızda görüşmecilerin bazıları kendi tercihleriyle doğum konusunda bilgi sahibi edinmek istemediklerini belirtmişlerdir. Görüşmecilerin bilgi sahibi olmak istememelerine neden olan unsurun doğum korkusu olduğu, korkularını daha da artırmak istemedikleri için doğum konusunda daha az şey bilmek istedikleri ortaya çıkmıştır.

Ancak burada belirtilmesi gereken unsur, kadınların kendilerinin ulaşabilecekleri internet, yazılı/görsel kaynaklar vb. yoluyla elde edecekleri bilgilere bilerek ve isteyerek ulaşmamayı tercih etmeleridir. Bunun içerisinde hekim ve diğer sağlık personeli tarafından doğuma dair yapılacak bilgilendirmeler girmemekte, aydınlatılmış onam dahilinde yapılması gereken bilgilendirmeleri dahil etmemektedirler. Çalışmamızda yer alan görüşmecilerden hiçbiri sezaryen öncesi aydınlatılma hakkından vazgeçtiklerini belirtmemişlerdir.

Aydınlatılma hakkından vazgeçmek, bireyin kendi geleceğini belirleme hakkıyla bağlantılıdır. Hasta Hakları Yönetmeliği'nin 20. maddesinde bireyin sağlık durumu hakkında, kendisine, ailesine veyahut yakınlarına bilgi verilmemesini isteyebileceği yer almaktadır. Hastanın bu talepte bulunabilmesi için kısıtlı olmaması, talebini yazılı olarak belirtilmiş olması ve haklı nedenlere sahip olması gerekmektedir (Adıgüzel, 2014: 974). Ancak hastanın genel hatlarıyla da olsa durum hakkında bilgi sahibi olması eğer belli bir bilgilenme düzeyine gelmemişse daha fazla bilgilenmemeyi istemenin söz konusu olmayacağı belirtilmektedir. Tabi bu durumdaki istisna hastanın mutlak surette ve kapsamlı olarak aydınlatılması gereken durumlarla ilgilidir. Söz konusu durumlarda yapılan vazgeçme beyanı da hukuken geçerli sayılmayacaktır.

Aydınlatma hekimin ödevidir ve bu ödevin kapsamı hukukun sorunudur, müdahalenin tipik tehlikelerini açıklamayı da içeren bu ödev kapsamında hastanın aydınlatmadan ötürü zarara uğrayacağı görüşü yalnızca belli durumlar için geçerli olabilmektedir (Özsunay, 1983'ten aktaran: Ersoy, 1995: 4). Ancak çalışmamızda yer alan görüşmecilerden sadece üçü sezaryen öncesi hekim veya başka bir sağlık personeli tarafından bilgilendirilmişlerdir. Bu konu tezimizde Türkiye'de Biyoetik Açından Sezaryen Uygulamaları başlığı altında tartışılacaktır.

Çalışmamızda kadınların doğum korkularının artmasını istememeleri nedeniyle bilgi sahibi olmak istememeleri aslında doğum korkusu ve bilgi ilişkisi açısından ön

yargılı bir tutum içerisinde olduklarını göstermektedir. Bu konudaki literatür doğum korkusunun doğum konusunda bilgi sahibi olma yoluyla azaltılabileceğini, bilgisizlikten kaynaklı endişelerin giderilebileceğini ve kadının doğumu üzerinde kontrolünü daha fazla sağlayabileceğini öne sürülmektedir. Gönenç ve Çalbayram'ın yaptığı araştırmada, gebeliğinde problem yaşayan kadınların %88,9'unun problemlerin çözümünde; doğum korkusu yaşayan kadınların ise %95,2'sinin korku ile başa çıkmada gebe okulu programından aldığı bilgilerden faydalandığını ortaya konmuştur (2017: 1613). Doğum korkusuyla ilgili olarak antenatal dönemde edinilen bilginin söz konusu korkuyu artırmadığı aksine azalttığına dair bulgular mevcuttur.

7.4. Sezaryen Doğum mu, Vajinal Doğum mu, Kimin Kararı?

Çalışmamızda kadınların doğum şeklinin kimin kararı olduğuna dair görüşlerine ulaşılmış, söz konusu kararı etkileyen koşullara da değinilmiştir. Doğum şekli bağlamında “karar mercii” ve “karar merciiini etkileyen koşullar” ana temaları ortaya çıkmıştır (Tablo 6.5.) Görüşmecilerin çoğu doğum şekli kararının hekim ve gebenin ortak kararı olması gerektiğini belirtmişlerdir. Gebe rızası ile hekimin doğum şekline karar vermesi gerektiğini belirten görüşmeciler de olmuş, az sayıda görüşmeci bu kararın hekim tarafından alınması gerektiğini, söz konusu kararda tıbbi koşulların etkili olduğunu ifade etmiştir. Riskin olmadığı, gebe için her şeyin yolunda gittiği durumlarda kararın büyük oranda kadına bırakılması gerektiği ancak risk durumunda ortak karar alınması gerektiği ortaya çıkan sonuçlar arasındadır.

Bireyler, hasta rolüne girdiklerinde bilgi, beklenti, tercih, hastalıklarının türü ya da toplumsal koşullara bağlı olarak etkilenebilmekte, bazıları tedavilerine süreci iştirak ve karar almada hakları olduğunu düşünürken bazıları da kararın hekime bırakılması gerektiğini düşünebilmektedir (Mechanic, 2008). Konuyla ilgili gerçekleştirilen nicel çalışmalara incelendiğinde Gözükara tarafından yapılan bir araştırmada gebelerin %79,6'sının doğum sekline doktorunun, %57,6'sının kendisinin karar verdiği; karar

sürecinde “%35,1’inin annesinden, %30,5’inin eşinden, %29,6’sının akrabalarından etkilendiği”; gebelerin %58,6’sının hekim tarafından doğum şekline karar verilmesi gerektiğini düşündüğü ortaya çıkmıştır (2006: 49). Diğer bir araştırmada ise kadınların %52,6’sının doğum şekline gebenin hekim ile birlikte karar vermesi gerektiğini, %24,8’inin ise sadece hekimin karar vermesi gerektiği sonucuna ulaşılmıştır. (Çoban Koca, 2015: 30) Gebelerin %60,7’sinin doğum şekline kendisinin karar verdiği, %15,9’inin karar sürecinde en fazla hekiminden etkilendiği, %7,4’nün annesinden, %6,7’sinin ise yakın akrabalarından etkilendiği ortaya çıkmıştır (Çoban Koca, 2015: 18-19).

Uluslararası literatürde yer alan ve kadının sezaryen kararında hekim etkisini araştıran bir çalışmada gebenin kararının büyük oranda hekim yönlendirmesine bağlı olduğu ortaya çıkmıştır (Burns vd., 1995). Bu durumunun, gebelerin tıbbi konularda özellikle doğum şekli hususunda kendilerini yeterince bilgi sahibi olarak görmemeleri, özellikle ilk kez gebe kalmış kadınların yaşadığı doğum eylemine dair belirsizlik ve bilinmezlik hissi ile hekim ya da diğer sağlık personeli tarafından doğum şekli konusunda yeterli derecede bilgilendirilmemelerinden kaynaklanması mümkündür.

Buradaki diğer mesele tıp mesleğinin tartışmasız bir uzmanlık alanı olarak kodlanması ve kabul görmesiyle de ilgilidir. Bunun sağlığın tıbbileşmesiyle ilgisi olduğunu söylemek gerekmektedir. Tıbbın gücü artarken bireyin bedeni ve yaşamı daha fazla denetim altına alınmakta tıbbi olarak değerlendirilen durumlar çeşitlenmektedir. Birey hasta kimliğiyle tıp alanına başvurduğunda tıbbi uygulamalar tarafından yapılandırılmış bir alan içerisinde kendini bulmakta, tıbbi dilin hâkim olduğu bu alanda bilgi alışverişi sırasında anlama ya da anlaşılma açısından her zaman pozitif bir etkilenme yaşamamakta, sorumluluğu hekime yükleme eğilimi içine girmektedir (Beyazyüz ve Göka, 2011: 371-393).

Hekimin hastadan daha üstün olduğu, seçim hakkının hekime ait olduğu anlayışı başka bir şekilde ifade etmek gerekirse paternalist bakış açısı bu alanda hâkim bir anlayış olabilmektedir. Hekimin tıbbi, bilimsel ve teknik bilgiye sahip olması, hekim ve hasta arasında otoriter bir tutum gelişmesine yol açabilmekte, hastanın yardıma ihtiyacı olması hekimi aha da güçlü kılmakta, etik problemlerin ortaya çıkması ise hekimin hasta adına karar alarak özerkliğe saygı ilkesini göz ardı etmesinden kaynaklanmaktadır (Ersoy ve Aydın, 1994b: 73). Hekimin paternalist tutumu toplumsal, ekonomik ve hukuki değişikliklerle birlikte değişmeye başlamıştır. Tıpta yararlılık ilkesi çerçevesinde her koşulda hastanın yararına öncelik verilmesi anlayışı hasta haklarının önem kazanmasıyla paralellik göstermektedir. Ancak sağlık personelinin bilimsel, teknik bilgi ve becerilerine dayanarak hasta yararına olduğu için hasta adına verdiği kararın etik açıdan özerklik ilkesini yani hastanın kendi üzerine karar verme hakkını zedelemesi söz konusu olabilmekte, paternalizm gibi etik sorunlar da ortaya çıkabilmekte, paternalistik hekim-hasta ilişkisinde özerkliğine saygı ilkesinden söz etmek çok da mümkün olmamaktadır (Ersoy ve Aydın, 1994b: 73; Ersoy, 1994c: 57-58).

Biyoetik çerçevesinde hekimin bireyin özerkliği yani kendi hakkında kendisinin karar vermesi ile bağlantılı olarak hastasını aydınlatması, karar sürecine katılmasının sağlanması ödevi bulunmaktadır. Hastanın özerkliğini kullanma yeterliğinin ortadan kalktığı sağlık hizmeti sağlayıcılarının hasta adına karar alması gereken durumlarda etik problemleri ortadan kaldırmak için hekimin ya da diğer sağlık personelinin vereceği karar her ne kadar hastanın yararına olsa da hastanın özerkliğine saygı gösterilerek alınmış olmalıdır (Ersoy ve Aydın, 1994b: 73). Tıbbi karar eğer hastanın özerkliğine saygı gösterilmeden alınmışsa bu durum hekim ya da diğer sağlık çalışanlarının paternalist yaklaşım sergilediğini göstermektedir (Gert ve Culver, 1979; Silva, 1990; Engelhard, 2001). Hem cerrahların hem hastaların katıldığı bir çalışmada hastaların %51,7'si kendisi hakkındaki en iyi kararı ancak kendisinin verebileceğini; %33,1'i kendisi hakkındaki en

iyi kararın hekim tarafından verilebileceğini ifade etmekteyken cerrahların ise %61'i hastalar adına en iyi kararı her zaman hekim tarafından verilebileceğini belirtmiştir (Ersoy, 1994: 134). Bu çerçevede tıp alanında paternalist tutumun tam olarak ortadan kalkmadığı görülmektedir. Diğer yandan aynı çalışmada ortaya çıkan diğer bir bulgu hasta ve hekim arasında karar konusunda anlaşmazlık durumunda hekimlerin %65,3'ünün baskı, zorlama, korkutma gibi ikna yöntemleri kullanması, olası bir girişim konusunda hastayı bilgilendirmemesi, bilgilendirmeye karşı tedaviyi reddeden hastaya ise tedaviyi bıraktığını söylemesi şeklindeki davranış tarzlarının ortaya çıkmasıdır (Ersoy, 1994: 134). Etik açıdan geçerli olan ise hastaların haklarının göz önünde bulundurularak beklentilerinin karşılanmasıdır. Doğum deneyimi açısından değerlendirildiğinde kadınların karar verme sürecine katılım sağlaması önemli bir unsur olarak karşımıza çıkmaktadır.

Uluslararası literatürde kadınların doğum deneyimini olumlu olarak algılamasında önemli olan unsurların kadının bireysel beklentileri, sağlık hizmeti sağlayıcılarının desteği, kadınlar ile sağlık personelinin arasındaki iletişimin özellikleri olduğunu belirtilmektedir (Karlström vd., 2011). Emmett ve arkadaşları gerçekleştirdiği çalışmada doğum yöntemine karar vermenin kadınlar için zor olduğu ve bu durumun kadınlarda anksiyete yarattığı, sağlık çalışanlarının kadınları doğum yöntemlerinin olası riskleri ve yararları konusunda kapsamlı şekilde bilgilendirmesinin yarar sağlayacağı değerlendirilmiştir (2006: 1442). Çalışmamızda da ortaya çıkan unsur tıp alanında uzman olduğu için doğum şekline hekimin karar vermesi ve doğum şekli konusunda son sözü hekimin söylemesi gerektiğini belirten görüşmecilerin dahi gebenin rızasının alınması, gebe ile istişare yapılması ve gebenin aydınlatılması gerektiğini belirtmiş olmalarıdır.

Çalışmamızda ortaya çıkan diğer bir unsur, çalışmada yer alan kadınların büyük kısmı vajinal doğum planlamış ancak endikasyon sonucu sezaryen doğum yapmak durumunda kalmış olduğudur. Çalışmamızla benzer şekilde Ergöl ve Kürtüncü'nün

çalışmasında kadınların %26,4'ünün vajinal doğum yapmayı planlarken sezaryen ile doğum yaptığı, bu kadınlardan 12'sinin hekim isteğiyle sezaryen doğum yaptığı ortaya konulmuştur (2014: 29). Gözükara tarafından doğum şekli kararı ile ilgili olarak gerçekleştirilen çalışmada kadınların %88,9'unun gebeliği boyunca kararını değiştirmedeği, %51,2'sinin ise kararını değiştirip vajinal doğum yerine sezaryen doğum yapmayı istediği bulunmuştur (2006: 49). Literatürdeki farklı çalışmalarda da benzer sonuçlara rastlamak mümkündür. Başka bir çalışmada gebelerin sezaryen olmalarındaki en büyük etkenin %62,2 oranıyla sağlık ekibinin yönlendirmesi olduğu, gebelerin %40,9'unun elektif sezaryen yapılmasını onayladığı ancak kadınların %75'inin en güvenilir doğum şekli olarak vajinal doğumu belirttikleri ortaya çıkmıştır (İbas, 2009: 81-82). Gebelerin sezaryen doğum kararına yönelik diğer bir çalışmada sezaryen ile doğuma %47'sinin hekim isteği, %19'unun gebenin isteği, %18'inin doğum korkusu, %11'inin endikasyon nedeniyle karar verildiği saptanmıştır (Sayiner vd., 2009: 108). Yine sezaryen doğumu isteme nedeninin incelendiği bir çalışmada, kadınların %76,7'sinin endikasyon, %16,3'ünün kendi istekleri doğrultusunda sezaryen olduğu ortaya çıkmıştır (Duman, 2015: 9). Güngör ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise gebelerin %73,2'sinin tıbbi nedenle, %26,8'inin elektif sezaryen olduğunu tespit edilmiştir (2004: 190). Yeni doğum yapmış 600 kadının katıldığı bir çalışmada, kadınların sezaryen olmalarının nedeni %88,7 oranında doktor isteği, %10,3 oranında hem doktor hem gebenin isteği, %1 oranında gebenin isteği olarak belirlenmiştir (Bozkurt, 2013: 56).

Çalışmamızda sezaryen doğumun bir tercih değil endikasyon sonucu bir zorunluluk olarak uygulandığı saptanmıştır. Görüldüğü üzere doğum şekline karar verecek kişileri etkileyen koşullar açısından da endikasyon ciddi bir yere sahiptir. Gebeyi ve hekimi sezaryen doğuma yönelten koşullar arasında endikasyon önemli bir unsurdur. Ancak hangi endikasyonların sezaryen uygulamasını zorunlu kıldığı hangi endikasyonlarda sezaryenin zorunlu bir sonuç olmadığına hekim tarafından titizlikle

karar verilmesi buradaki en önemli unsur olarak karşımıza çıkmaktadır. Gebelerin sezaryen doğuma yönlendirilmesinde ilk doğumun sezaryen ile gerçekleştirilmiş olması önemli bir faktör olduğu ortaya çıkmıştır.

Literatürde yer alan çalışmalarda hem hekim yönlendirmesi hem de gebenin isteğine bağlı olarak gerçekleşen sezaryen doğumların oranının arttığı ifade edilmektedir. Tekrarlayan sezaryen oranları sezaryen oranlarındaki artışa etki etmektedir. Kadınların doğum yöntemleri hakkındaki bakış açısını değerlendiren bir çalışmada, sezaryen ile doğumu tercih eden gebelerin %47,5'inin daha önce en az bir defa sezaryen operasyonu geçirdiği saptanmıştır (Yıldız vd., 2014: 175). Başka bir çalışmada doğumunu endikasyon sebebiyle sezaryen olarak planlayan gebelerin %56,3'ü söz konusu endikasyonun tekrarlayan sezaryen olduğunu belirtmişlerdir (Çoban Koca, 2015: 18). Oysaki geçirilmiş sezaryen bir endikasyon değildir. Araştırmalarda sezaryen geçirmiş gebelerin %60-80'inin vajinal doğum yapabileceği ortaya konulmuştur (Has ve Saygılı, 2004: 64-66). Bu durumda yine gebe açısından bilgilendirme, gebeye yardımcı olma ve doğum şekline birlikte karar vermenin önemli olduğudur. Gebenin kendisi için uygun doğum şeklini seçmesi için tüm seçeneklerin olumlu ve olumsuz yönlerinin gebe ile tartışılması, gerçekten riskli bir durumun söz konusu olması ve gebenin tercihindan farklı bir yöntem uygulanması söz konusuysa gebenin hem uygulama hem de nedenleri hususunda bilgilendirilmesi gerekmektedir (Gözükara ve Eroğlu, 2011: 96-97).

Hekim açısından bakıldığında malpraktis olasılığı, anne ve bebeğin daha az riskle karşılaşacağı inancı, cinsel fonksiyonların daha az etkileneceği düşüncesi, ekonomik kaygı, vajinal doğumun sezaryen doğuma göre uzun zaman alması, işlem zamanının obstetrisyen tarafından belirlenebilmesi, hekimin kendini vajinal doğumda ortaya çıkabilecek komplikasyonlardan gebeyi sezaryen doğuma yönlendirme ile koruyabileceği gibi sebeplerden dolayı sezaryen uygulayabildiği ortaya konulmaktadır (Burns, 1995; Wilkinson, 1996; İğde, 2004; Konakçı, 2004; Coşkun, 2007; Sayiner, vd., 2009). Yapılan

bir araştırmada obstetrisyenlerin üçte ikisinin isteğe bağlı sezaryen doğumu, pelvik duvar fiziksel yapı, bebekte meydana gelebilecek hasar oranının az olması gibi nedenlerle gerçekleştirdiği ortaya konulmuştur (Wax vd., 2004). Hekim açısından değerlendirildiğinde sağlık ile ilgili davaların %70'inin kadın hastalıklarıyla bağlantılı olduğu, dava konularının ise %99'unun doğumda müdahale etmeme ya da müdahalede gecikme ile ilgili olduğu belirtilmiştir (Erbil ve şahin, 2019: 122). Buradan ortaya çıkan sonuç hekimlerin hem kendilerini hem de gebe ve bebeği güvence altına almak isterken doğum sırasında gerçekleşen müdahalenin artmış olmasıdır.

Diğer bir etken doğum sürecinin doğal yolundan çıkıp aşırı derecede medikalize edilmesi ile endikasyon sonucu gerçekleşen doğumların da artmış olmasıdır. Tıbbileşmeyi artıran faktörler arasında malpraktis yasaları, teknolojinin kullanılmasının artırdığı güven hissi, doğumun hekimler tarafından vaka olarak değerlendirilerek eğitimleri için fırsat olarak görölmesi, modern medikal uygulamaların hastanede daha rahat uygulanması, paternalist tutumlar, hastanenin ve hekimin doğum eyleminde vazgeçilmez unsur olarak görölmesi ve tıp mesleğinin ağırlığının artırılmasının istenmesi bulunmaktadır (Cindeoğlu, 1995: 99). Bunun sonucunda da doğum sürecinde hekimler tarafından yapılan müdahalenin arttırılması, gebenin yeterli derecede aydınlatılmaması ve onamının alınması, doğum kararında yönlendirici olunması, kadınların hekime ve hastaneye olan bağımlılıklarını arttırmaları söz konusu olmaktadır (Vural ve Erenel, 2017: 80).

Ülkemizde gerçekleştirilen bir çalışmada primiparların %92'sine, multiparların %72'sine epizyotomi uygulandığı; oksitosin uygulaması oranının ise primiparlarda %94,3, multiparlarda ise %90,7 olduğu bulunmuş, epizyotomi genellikle tercih edilen cerrahi bir prosedür olsa da aslında vajinal doğumda çok gerekli olmadığı, doğum sürecini kısaltmak için kullanılan her iki uygulamanın perinede yırtık, pelvik taban

kaslarında güçsüzleşme, doğum sonrası kanamaya neden olabileceği ifade edilmiştir (Şahin Hotun vd., 2007: 39).

Ülkemiz açısından değerlendirildiğinde SDP'nin uygulanmaya başlanmasıyla tıbbi müdahale oranındaki artış yaşandığını söylemek mümkündür. Bu program dahilinde uygulamaya sokulan performansa dayalı ücretlendirme sistemi sağlık alanında tıbbileştirmeyi ve kâr amaçlı saptırılmış teşviki artırmış, rutin tıp uygulamalarına da uygulama sayısında artış şeklinde yansımıştır (Kılıçaslan, 2015: 23). Tıp alanında uygulanan tedavinin hastanın yararına olup olmadığı aranan bir ölçüt olmaktan çıkıp bakılan hasta ya da tıbbi uygulama sayısı gibi sayısal değerler önem kazanmaya başlamıştır. Hastaneler serbest piyasa koşullarında işleyen esnek üretim tarzını uygulayan hastanın müşteri, hekimin sadece ücretli bir çalışan gibi görüldüğü ticarethanelere dönüşmüştür. Örneğin hastane performans göstergeleri içinde sezaryen oranı hem izlenmesi gereken performans ölçütü hem de kalite göstergesi olarak yer almaktadır.

Burada göz önünde bulundurulması gereken tıbbi uygulamaların etik sorumluluk çerçevesinde rutin olarak değil, gerekli koşullarda uygulanmasının sağlanması, olanaklı olması daha durumunda müdahalesiz doğumun tercih edilmesine özen gösterilmesidir. Diğer yandan daha önce de belirttiğimiz üzere çalışmamızda doğum korkusu, gebenin doğum şekli konusundaki kararını etkileyen koşullardan biri olarak ortaya çıkmıştır. Tıbbileştirme aslında doğum konusunda çift yönlü bir süreç yaratmıştır. Doğum alanında tıbbileştirmenin artışı ile doğumun algılanma biçimi değişmiş, endişe verici, ağrılı, korkutucu ve tedavi edilmeye muhtaç bir eylem olarak kodlanmış, bu durum kadınlarda doğum eyleminde daha çok tıbbi müdahale istemi yaratmıştır, yani iki durum birbirini beslemiştir.

Bizim çalışmamız ve literatürde yer alan çalışmalar bunu kanıtlar niteliktedir. Bir çalışmada kadınların doğum %53,8'inin doğum ağrısından korktuğu için sezaryeni tercih ettiği bulunmuş (Çoban Koca, 2015: 18); diğer bir çalışmada ise vajinal doğumdan

vazgeçip sezaryen doğum yapmaya karar veren kadınların %65'inin ağrısız doğum yapmayı istedikleri, %55'inin doğumdan korktukları için kararlarını değiştirdikleri ortaya çıkmıştır (Gözükara, 2006: 33). Şahin ve Erbil'in de ortaya koyduğu gibi kadınlar doğum ağrısı ile baş etmekten endişe duydukları için hekimlerinden daha çok müdahale talep etmektedir (2019: 127). Kadınların doğum eyleminden beklentilerinin iyi tahlil edilmesi gerekmektedir çünkü beklentiler doğum tercihi ciddi şekilde etkilemektedir. Gebelik uzun bir zaman dilimine yayılan bir süreçtir ve bu süreçte kadınlara gereken desteğin, bilginin ve bakımın verilmesi, karar sürecine katılımlarının sağlanması gerekmektedir. Destek, yeterli bilgilendirme ve bakım, tercih sürecini ve doğum deneyimini pozitif yönde etkileyerek doğum sonrası dönem ve gelecekteki gebelikler ile doğum eylemi için olumlu bir algı yaratacaktır.

7.5. Türkiye’de Biyoetik Açıdan Sezaryen Uygulamaları

Türkiye’deki sezaryen uygulamalarının biyoetik açıdan bir değerlendirmesini yapmak bu çalışmanın temel hedefleri arasında bulunmaktadır. Aydınlatılmış onamı biyoetik açıdan değerlendirilmeye çalışıldığı bu bölümde görüşmecilere “Sezaryen uygulaması öncesi yapılacak uygulamaya dair hekim tarafından bilgilendirildiniz mi?”, “Sezaryen uygulaması sonrası karşılaşılabilecek olası durumlar ya da komplikasyonlarla ilgili bilgilendirildiniz mi? Bilgilendirilmediğiniz ya da eksik kalan noktaların farkına vardınız mı? “Hekim tarafından bilgilendirildiyse hekim tarafından nasıl bir usul izlendi? “Tarafınıza yapılan bilgilendirmenin uygulamanın tüm olumlu ya da olumsuz etkilerini içerdiğini, sizin için yeterince açıklayıcı olduğunu düşündünüz mü?” soruları yöneltilmiştir.

Bu çerçevede sezaryen doğumda aydınlatılmış onamın uygulanma yönteminin usul yönünden uygunluğu, gebe ve sağlık personelinin iletişiminin ışığında aydınlatmanın doğum sürecine etkisi ve aydınlatılmış onam bağlamında yapılan bilgilendirmenin

kapsamı ve etik ilkelerin içerilme durumu değerlendirilmiştir. Etik, doğruyu ve iyiyi bulmayı amaç edinmektedir. Gerçekleştirilen bir eylemin iyi ya da kötü olduğuna karar verme sürecinde diğer bir değişle etik bir problemin değerlendirme aşamasında takip edilebilecek etik yaklaşımlar bulunmaktadır. Yararcılık eylemin sonucunun yararlı olup olmadığına atıfta bulunurken, ödev etiği eylemin yapılışındaki niyete atıfta bulunmaktadır. Etik sorunları değerlendirirken istifade edilen bir diğer yaklaşım Beauchamp ve Childress'in ortaya koyduğu yararlılık, zarar vermeme, özerkliğe saygı ve adalet ilkelerine dayanan etik yaklaşımdır (Arda ve Acıduman, 2012). Çalışmamızda biyoetik değerlendirme yapılırken hem Beauchamp ve Childress'in ortaya koyduğu ilkeler hem de Biyoetik ve İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi'ndeki biyoetik ilkeler temel alınmış aydınlatma sürecinde bu ilkelerin içerilme durumu analiz edilmiştir.

7.5.1. Sezaryen Doğumda Aydınlatılmış Onamın Uygulanma Usulü

Sezaryen doğumda aydınlatılmış onamın nasıl uygulandığı araştırılırken bağlam olarak “aydınlatılmış onam” belirlenmiş, “yöntem” ve “sağlık personeli” ana temalar olarak ortaya konmuş; “yöntem” ana teması ile ilişkili olarak aydınlatılmış onamın nasıl alındığına dair “sadece sözlü onam”, “sadece yazılı onam”, “hem sözlü hem yazılı onam” ve “ne sözlü ne yazılı onam” alt temaları belirlenmiştir. “Sağlık personeli” ana teması ile ilgili olarak “hekim”, “anestezi uzmanı”, “asistan”, “hemşire” ve “ebe” alt temaları (Tablo 6.6.) oluşturulmuştur. Aydınlatılmış onam hastanın kendi hakkında karar verme hakkını kullanabilmesine vesile olmaktadır.

Çalışmamızda bir görüşmeci sadece yazılı onam alındığını belirtirken hem sözlü hem yazılı onamı alınan beş görüşmeci olduğu, sözlü ve yazılı onamı alınmayan dört görüşmeci olduğu ortaya çıkmıştır. Aydınlatılmış onamının sözlü ve yazılı şekilde alınmadığına dair bilgi veren iki görüşmeci endikasyon nedeniyle acilen doğuma alındıklarını belirtirken aydınlatılmış onam ile ilgili herhangi bir şey hatırlamadıklarını belirtmişlerdir. Etik ve hukuk çerçevesinde değerlendirildiğinde, hekimin hasta

üzerindeki tasarrufu, hastanın onayı ve katılımını gerektirmekle birlikte hekim de hasta da tedavi sürecini etkilenmektedir. Hekimin sorumluluğu hastasını, aydınlatmaktır (Deutch 2008'den aktaran: Kırılmaz vd., 2018).

Ülkemizde “Tababet ve Şuabat-ı San’atlarının Tarz-ı İcrasına Dair Kanun”, “Tıbbi Deontoloji Tüzüğü” ile hekimlik mesleğinin yürütülmesi ve hekimin hastalar ile ilişkileri düzenlenmiş; “Umumi Hıfzısıhha Kanunu”, “Nüfus Planlaması Kanunu”, “Organ ve Doku Alınması Saklanması ve Nakli Hakkındaki Kanun”, “Türk Medeni Kanunu”, “Türk Ceza Kanunu”, “Hasta Hakları Yönetmeliği” “Hekimlik Meslek Etiği Kuralları” ve diğer kanun, yönetmelik ve tüzüklerde hekimlerin sorumlulukları ve uyması gereken kurallar düzenlenmiştir (Demirel, 2005: 99). Aydınlatılmış onam alınmadan gerçekleştirilen tıbbi uygulamalar hukuka aykırı olarak değerlendirilmektedir.

Tıbbi uygulamada zorunluluk halinin mevcut olması ve hastanın bunu algılayamayacağı ya da değerlendiremeyeceği durumun söz konusu olması halinde kişilik hakkına verilen değerden ötürü onamın var olduğu kabul edilmektedir (Demirel, 2005: 100). Bu durumda hastanın yeterliliğinin sorgulanması gerekmektedir çünkü onamın alınmasında ilk adım hastanın yeterliliğinin saptanmasıdır. Bu çerçevede hastanın yeterli olduğunu kendisinden ve çevresinden haberdar olması, hayatı ve günlük yaşamıyla ilgili kararları kendisinin vermesi göstermektedir (Ersoy, 2003). Acil müdahale gerektiren tıbbi durumlar hekimin aydınlatma yükümlülüğünü ortadan kaldırabilmektedir. “Hasta Hakları Yönetmeliği” (RG, 1 Ağustos 1998, S. 23420) 24’üncü maddede: “Kanuni temsilciden veya mahkemeden izin alınması zaman gerektirecek ve hastaya derhal müdahale edilmediği takdirde hayatı veya hayati organlarından birisi tehdit altına girecek ise, izin şartı aranmaz.” (Hasta Hakları Yönetmeliği, 1998: madde 24) hükmü yer almaktadır.

Burada göz önünde bulundurulacak durum hastanın sağlayacağı yarar ve tıbbi müdahalede bulunulmaması durumunda hastanın yaşamının tehlikeye girecek olmasıdır. Müdahalenin acil olarak değerlendirilme koşulu ise hastanın yetersizliği nedeniyle karar

veremeyecek olması ile hayatı tehdit eden durumun derhal müdahaleyi gerektirmesidir (Tacir, 2011: 173). Hastanın aydınlatılması bakımından istisna teşkil edebilecek fiili bir imkânsızlık durumunun bulunmasına da işaret edilmektedir: Hastanın bilinçsiz olması durumu ile tıbbi müdahalenin genişletilmesi ya da değiştirilmesi ihtimali bu tür istisnai durumlar içinde yer almaktadır (Işık Özcan, 2008: 120). Tıbbi müdahalelerde hastanın rızası esas olmakla birlikte hastanın rızasını beyan etme durumunun söz konusu olduğu durumlarda buna uyulması gerekmektedir.

Çalışmamızda iki görüşmecenin ise acil bir durumları olmamasına rağmen yazılı ve sözlü olarak bilgilendirilmediği ortaya çıkmıştır. Literatürde yer alan çalışmalarda çalışmamızla benzer sonuçların ortaya çıktığı görülmektedir. Cerrahlar ve hastalarla yapılan bir araştırmada cerrahların tamamının hastanın bedenine ne yapılacağını bilme ve karar verme hakkına sahip olduğunu düşündüğü ancak araştırmaya katılan cerrahların sadece yarısının hastalarını aydınlattığı ortaya çıkmıştır. Aydınlatma yapmamanın nedeni olarak cerrahların %30,5'i hastanın anlayamayacağını düşündüklerini, geri kalan kısmı ise hastanedeki uygulama eksikliği ile gerekli zamana sahip olmamalarını öne sürmüştür (Ersoy, 1994: 134). Ancak aydınlatılmış onam alınırken yapılacak bilgilendirme hastanın kişisel, kültürel, toplumsal ve psikolojik uygun olma koşulunu içermeli yani hastanın anlayacağı şekilde hastaya bilgi verilmelidir. Diğer bir deyişle hastanın anlayabileceği bir seviyeye inmek hekimin görevleri içinde yer almaktadır. Aynı çalışmada cerrahların hastalarını bilgilendirmeme nedeni olarak hastalarının gerçekleri öğrenmek istemediği konusundaki inanışları da yer almaktadır. Ancak hastaların tamamına yakınının hastalık ve tedavi konusunda bilgi almak istedikleri ortaya çıkmış, cerrahların ise %29'unun hastaların bilgilendirilmek istediğini düşündüğü görülmüştür (Ersoy, 1994: 133).

Hastanın aydınlatılmak istemediğine dair bir talebi olması durumunda dahi hekimin bu durumu değerlendirmesi, hastanın geçerli bir nedeni olup olmadığına dair sorgulamalarda bulunması gerekmektedir. Diğer yandan hekim hastanın aydınlatma

hakkından vazgeçtiğini ispat etmek durumundadır ki bunun için en uygun yöntem hastanın yazılı beyanının olmasıdır. “Hekimlik Meslek Etiği Kuralları” 27’inci maddede hekimin bilgi vermeme koşulunu hastanın kararının belirlediği yer almaktadır. Bilgilendirmenin yapılıp yapılmayacağı hekimin değil hastanın kararına bağlı olduğu görülmektedir. Aynı araştırmada aydınlatılmış onam için yeterli bilgi verilmemesinin diğer bir nedeni verilecek bilgi miktarının belirlenememesi olmuş, cerrahların %89’u verilecek bilgi miktarının hastadan hastaya farklılık gösterdiğini, %50,8’i bilgi düzeyini belirlemenin zor olduğunu belirtmiştir (Ersoy, 1994,133).

Hekim açısından bilginin ne kadarının paylaşılacağını belirsiz olması bu araştırmada görüldüğü üzere bir sorun yaratmaktadır. Aynı araştırmada yer alan bütün grupların %66,5’i hekimin hastayı sözlü olarak bilgilendirmesinin en iyi yöntem olduğunu belirtirken cerrahların %74,6’sı hastaların %92,4’ü aydınlatılmış onam bilgilerini içeren standart mesleki bilgi formlarının kullanılmasını da istemiştir (Ersoy, 1994: 133). Ülkemizde hasta haklarını düzenleyen yönetmeliğin 31’inci maddesinde: “Rıza alınırken hastanın veya kanuni temsilcisinin tıbbi müdahalenin konusu ve sonuçları hakkında bilgilendirilip aydınlatılması esastır.” (Hasta Hakları Yönetmeliği, 1998: madde 31) şeklinde açık hükme yer verilerek aydınlatılmaya atıfta bulunulmuştur. Yine Tıbbi Deontoloji Tüzüğü (RG, 19 Şubat 1960, S. 10436) 14’üncü maddede hastaya, uygulanacak tedavi konusunda bilgi verilmesi gerektiği belirtilmiştir. “Hekimlik Meslek Etiği Kuralları” 26’ncı maddede aşağıdaki şekilde aydınlatma konusunda hekimin sorumluluğu ifade edilmiştir:

“Hekim hastasını, hastanın sağlık durumu ve konulan tanı, önerilen tedavi yönteminin türü, başarı şansı ve süresi, tedavi yönteminin hastanın sağlığı için taşıdığı riskler, verilen ilaçların kullanılışı ve olası yan etkileri, hastanın önerilen tedaviyi kabul etmemesi durumunda hastalığın yaratacağı sonuçlar, olası tedavi seçenekleri ve riskleri konularında aydınlatır. Yapılacak aydınlatma hastanın kültürel, toplumsal ve ruhsal durumuna özen gösteren bir uygunlukta olmalıdır. Bilgiler hasta tarafından anlaşılabilir biçimde verilmelidir.” (TTB, 2012)

Özellikle cerrahi uygulamalar, ciddi bir yan etki ya da tehlike içeren durumlar için onamın yazılı olarak alınması ve hasta dosyasında yer alması gerekmektedir. Büyük cerrahi uygulamalarda onamın yazılı olarak alınmasının zorunlu olduğu “Tababet ve Şuabat-ı San’atlarının Tarz-ı İcrasına Dair Kanun”da açıkça belirtilmiştir. Diğer yandan kişinin sözlü olarak bilgilendirilmesi bunun sonucunda verilen bilgileri anlayarak özerk olarak hem sözlü hem de yazılı olarak onamının alınması etik açıdan ideal olandır. Çünkü sadece yazılı olarak yapılan aydınlatma; metnin anlaşılabilmesi riski, aydınlatılması gereken konulardaki sorularının cevaplanamaması durumu, her somut olayın farklı bilgiye gereksinim duyması nedeniyle gereksiz bilgilerin hastaya sunulması riski, hastada güvensizlik hissi oluşturabilmesi nedeniyle yetersiz kalabilmektedir (Özcan, 2008: 100; Hatırnaz Erol, 2009: 68).

Sözlü aydınlatma yazılı aydınlatmanın eksik ya da boşlukta bıraktığı yerleri doldururken hekim ve hasta arasında güven ilişkisi oluşturmaktadır. Hasta hekim arasında oluşan güven ilişkisi, çalışmamızda da bunu destekleyen bulgular vardır, üzere hasta memnuniyetini olumlu yönde etkilemektedir. Aydınlatılmış onamın usulüne uygun olarak alınması hem yazılı hem sözlü bilgilendirmeyi içermesi ile mümkün olabilmektedir. Çalışmamızda hem yazılı hem sözlü usul izlendiğinden bahseden görüşmecilerden operasyon konusunda ayrıntılı olarak bilgilendirilmedikleri, imzaladıkları formların uygulama esasları hususunda yeterince açıklayıcı olmadığı, kendilerinin formları özümseyerek okumadıkları ya da formda yazan herhangi bir bilgiyi hatırlamadıkları, hatta formu imzaladıklarını hayal meyal hatırladıkları bilgisine ulaşılmıştır.

Sadece yazılı olarak form üzerinden yapılan bir bilgilendirmenin hastanın tam bilgi sahibi olarak onam vermesi için yeterli olmadığı görülmektedir. Hem yazılı hem sözlü onamı alınmış görüşmecilerden biri de formun tam bir onam formu gibi olmadığını, operasyon ile ilgili hiçbir bilgi içermediğini ortaya koymuştur. Burada da gördüğümüz

üzere aydınlatılmış onam formlarının gerçekten tüm bilgiyi içerip içermediğine emin olamamak, onam formunun hastanın sadece imzasının alınmasına yönelik yeterli bilgi içermeyen bir belge olabilmesi durumudur. Görüşmecilerden biri ise sadece anesteziye dair bir form imzaladığını operasyona dair bir şey imzalamadığını belirtmiştir. Oysaki aydınlatmada verilecek bilginin kapsamı içinde tanı, tedavi, tedavinin alternatifleri, tedavinin başarı şansı ve süresi, tedavinin yan etkileri ve sonuçları varsa tehlikeleri, tedavi yapılmaması halinde karşılaşılabilecek sonuçlar yer almalı, hekimin bu bilgileri hastanın anlayabileceği şekilde anlatması gerekmektedir.

Çalışmamızda görüşmecilerin sezaryen öncesi aydınlatılmış onam kapsamında bilgi aldıkları sağlık personeli olarak “hekim”, “anestezi uzmanı”, “asistan”, “hemşire” ve “ebe”nin öne çıktığı görülmüştür. Literatürde hekim, hastaya tıbbi müdahalede bulunacak kişi olarak ifade edilmekle birlikte hekim haricindeki diğer sağlık personelinin de yetkileri dahilinde bulunan tıbbi müdahalelerde aydınlatma ve onam alma hakkına sahiptir (Özcan, 2008: 93-94; Işık Yılmaz, 2012: 402). Önemli olan sağlık personelinin yapacağı tıbbi müdahalenin kapsamına dair kendi üzerine düşen bilgilendirme sorumluluğunu yerine getirmesidir. Ancak çalışmamızda sadece iki görüşmecinin söylemlerinde yer alan sağlık personeli haricinde diğer sağlık personelinin yapacakları tıbbi müdahaleye dair bilgi vermediği, bilgi verildiyse de kapsamının bireyin özerk olarak karar vermesine yeterli olamayacağı, sezaryen uygulaması öncesi gebenin usulüne uygun olarak bilgilendirilip onamının alınmadığı ortaya çıkmıştır.

Literatürde yer alan bir çalışmada sezaryenle doğum yapan kadınların %25,7’sinin sezaryen hakkında hiçbir şekilde bilgilendirilmediği, bu kadınların %23,7’sinin vajinal doğum hakkında da hiç bilgilendirilmediği ortaya çıkmıştır (Yaşar, 2006: 39-40). Literatürde bizim çalışmamızdan farklı sonuçlara ulaşan çalışmalar da bulunmaktadır. Bozkurt tarafından gerçekleştirilende, sezaryen doğum yapan kadınların tamamına yakınının sağlık personeli tarafından bilgilendirildiği belirlenmiş (2013: 72); Karabulutlu

tarafından yapılanda ise vajinal doğum yapan kadınların %69,3'ünün sağlık personelinin bilgi aldıkları, tüm katılımcıların %11,4'ünün ise hiç bilgilendirilmediği bulunmuştur (2012: 213). Aydınlatılmış onam bağlamında bilgi verilmesi kadar tabi ki verilen bilginin mahiyeti de önem taşımaktadır, bahse konu çalışmalarda kadınların hangi konularda bilgilendirildikleri ya da bu bilgilendirmenin etik açıdan aydınlatılmış onamın tüm bileşenlerini içerip içermediğine dair bilgiye rastlanmamıştır. Çalışmamıza katılan görüşmecilerden biri de sadece kendi isteği üzerine hekim tarafından bilgilendirildiğini böyle bir talepte bulunmaması durumunda bilgilendirilmeyeceğini belirtmiştir. Aydınlatılmış onam eğer özerkliğe saygı ilkesinin tıbbi müdahalelerde bir yansıması ise bireyin özerk olarak karar verebilmesinin koşulu da bilgilendirilmesidir. Tıbbi uygulamalar özelinde hastanın yeterli bilgilendirmeden kendisine sunulan tedaviyi kabul veya reddedebilme hakkı Lizbon Bildirgesi (1981), Amsterdam Bildirgesi (1994), Bali/Lizbon II Bildirgesi (1995), Avrupa Konseyi İnsan Hakları ve Biotıp Sözleşmesi (Oviedo) (1997), Roma Sözleşmesi (2002), Dünya Hekimler Birliği, Santiago Hasta Hakları Bildirgesi (2005) vb. uluslararası metinlerde “Tıbbi Deontoloji Tüzüğü” (1960), “Hasta Hakları Yönetmeliği” (1998) vb. ulusal metinlerde yer almaktadır.

Arda'nın (2004) belirttiği üzere hekimler açısından aydınlatılmış onam etik bir sorumlulukken yasal bir görev haline de gelmiştir. Tıbbi müdahalenin hukuki açıdan uygun olmasını sağlayan temel özellik söz konusu müdahalenin hastanın aydınlatılmış onamı üzerine yapılmış olmasından kaynaklanmaktadır (Güvenbaş ve Şaylıgil, 2019: 227). Hastanın gerekli bilgiden yoksun olması durumunda alınan onam geçerli olarak kabul edilmemektedir. Aydınlatılmış onam özünde hastanın tanı, tedavi yöntemlerinin kapsamını, tedavinin yarar ve risklerini eğer bulunuyorsa alternatiflerini bilerek bir uygulamayı kabul etmesi anlamına gelmektedir (Arda, 2002).

Hastanın karar sürecine etkin bir şekilde katılabilmesinin koşulu yeterli bilgiye sahip olması ile mümkündür (Beauchamp ve Childress, 1989). Hasta tıbbi müdahale

konusunda bilgilendiriliyorsa ne için rıza gösterdiğini bilgilendirme sayesinde açıkça öğrenmiş olacak, bilgilendirme sonucunda geçerli bir rıza oluşturabilecektir (Güvenbaş ve Şaylıgil, 2019). Hastanın bilgilendirilmemesi hekim açısından kusura işaret etmektedir. Çünkü yapılması gereken bir görevin ihmali kusurdur. İhmal ise zararı önlemek için alınması gereken önlemin alınmamasıdır. Hekimin görevinde ihmale yer vermemesi gerekmektedir. Mevzuatta bu durum “*Tabibin ...görevi, insan sağlığına ve kişiliğine özel bir saygı göstermektir.*” (Tıbbi Deontoloji Tüzüğü, 1960: madde 2) şeklinde yer almaktadır. Aydınlatılmış onam bağlamında ortaya çıkan ihmal, hekimin hastası için gerekli özeni göstermeyerek yani hastası için gerekli ve yeterli bilgilendirmeyi yapmayarak kasıtsız olarak zarar vermeye yönelik haksız bir eylemde bulunmasını içermektedir.

Çalışmamızda ortaya çıkan bir diğer bulgu, ilk doğumunu sezaryen ile gerçekleştiren multipar görüşmecilerden (S.22.10 protokol numaralı görüşmeci) birinin sezaryen sonrası vajinal doğum yapmak isteğini hekime bildirdiği halde hekim kararıyla endikasyona bağlı olmaksızın sezaryen doğum yaptığını ifade etmesidir. Hekimlerin gebelerin sezaryen kararındaki etkisini araştırmak üzere gerçekleştirilen bir çalışmada, gebenin isteminin büyük ölçüde doktor yönlendirmesi olduğu ifade edilmiştir (Burns vd., 1995). Ancak burada yönlendirmeden ziyade gebenin aldığı karara saygı gösterilmediği görülmektedir. Görüşmeci aynı zamanda sözlü ve yazılı olarak bilgilendirilmeyen grupta yer almaktadır. Kişilik haklarından dolayı hasta kendi geleceğini belirleme gibi temel hakkın sahibidir. Burada hastanın kendi geleceğini belirlemede söz sahibi olmasının engellendiği görülmektedir. Etik açıdan özerklik ilkesini sakatlayan bir durumdan bahsetmek mümkündür. Hasta bedenine ne yapılacağına karar verme hakkına sahiptir ve onun isteği dışında hiçbir girişim için zorlanmamalıdır (Ersoy, 1995: 2).

Aydınlatılmış onam temelinde insan onuru ve bütünlüğünü korumayı hedefleyerek bireyin kendisi hakkında özerk olarak karar verme hakkını

barındırmaktadır. Özerk olan birey, özerk olarak eylemde bulunabilen bireydir ve eylemleri bir amaca yönelik, bilinçli, baskıdan uzak ve gönüllü eylemlerdir. Tıbbi açıdan etik bir sorumluluk olan özerkliğe saygı ilkesine uyulmaması hastanın seçimlerini baskı ve etki altında kalmadan özgürce yani gönüllü bir şekilde yapabilmesini de imkânsız hale getirecektir.

Göz önüne alınması gereken bir diğer bulgu ise görüşmecinin herhangi bir endikasyon olmamasına rağmen ilk doğumunu sezaryen ile gerçekleştirdiği için sezaryen doğuma alınmasıdır. Bir çalışmada sezaryen doğumu hekim isteğiyle yapan gebelerin %50 oranında olduğu; ilk doğumunu sezaryen olan %21,2 oranındaki gebenin sadece %3,6'sının ikinci doğumda vajinal doğum ile gerçekleştirdiği ortaya çıkmıştır (Karabulutlu, 2012: 213). Hekimler etik açıdan tıbbi gerekçe olmaması durumunda sezaryen doğumu önermemelidir. Etik açıdan değerlendirildiğinde endikasyon olmaması durumunda sezaryen uygulamasının yararlılık, zarar vermeme, özerklik ve adalet ilkeleri ile çeliştiği ortaya çıkmaktadır. Dikkate alınması gereken sezaryen uygulamasının yararlılık, zarar vermeme ve adalet ilkelerine uygunluğu, uygulamadan önce gebenin sezaryenin uygulanma nedeni, yararları, zararları, riskleri ile ilgili yeterince ve sürekli olarak bilgilendirilip bilgilendirilmediği ve hekimin paternalist tutumu sonucu sezaryen kararının uygulanıp uygulanmadığı, gerçekten ihtiyacı olan bireylerin sağlık hakkının engellenip engellenmediği, bireyler arasında eşitsizliğe neden olup olmadığı açısından değerlendirilip değerlendirilmediğidir.

Sezaryen oranlarını artıran en önemli unsurlardan birinin sezaryen sonrasında yapılacak doğumlarda gebelerin yine sezaryen doğuma yönlendirilmeleri olduğuna değinmekte fayda vardır. Önceki doğumunu sezaryenle gerçekleştirmiş gebelere vajinal doğum için şans tanınması sezaryen doğum hızının azaltılmasında işe yarayacak bir önlemdir. Hekimin gebenin durumunu ciddiyetle gözden geçirerek karar alması yarar ve zarar dengesini iyi kurması gerekmektedir. Bu çerçevede olguların iyi belirlenmiş olması

gerekmektedir çünkü bazı SSVD uygulamalarında kontrendeksiyon oluşabileceğinin dikkate alınması gerekmektedir. Özenle seçilmiş vakalarda SSVD başarılı ve güvenli bir işlem olmasının yanı sıra tekrarlayan sezaryen ile karşılaştırıldığında başarılı bir SSVD daha az morbiditeye sahiptir (Gözükara ve Eroğlu, 2011: 95).

Etik açıdan değerlendirildiğın ortaya çıkan bu durumun yararlılık ve zarar vermeme ilkeleriyle örtüştüğü görülmektedir. İsveç, Finlandiya ve Hollanda’da obstetrisyen ve ebelerle gerçekleştirilen bir nitel çalışmada sağlık çalışanlarının tamamı gebe ve yenidoğan sağlığı açısından SSVD’nin ilk tercih olarak uygulandığını belirtmiştir (Emmet vd., 2006). Uluslararası literatürde yer alan bazı çalışmalarda SSVD başarı oranlarının %75,5’e kadar yükseldiği ortaya konulmuştur (Yanikkerem ve Saruhan, 2007: 8). Ülkemizde sezaryen doğum sonrası vajinal doğum yapmak isteyen 30 gebe ile gerçekleştirilen bir çalışmada ise gebelerden 24’ünün başarılı bir şekilde vajinal doğum gerçekleştirdiği görülmüştür (Sarı vd., 1993: 2). Elektif sezaryen söz konusu olduğunda hekimin gebeye yaklaşımı tıbbi açıdan doğum konusunda yeterli ve kapsamlı bir açıklama yapmak olmalıdır. Sezaryen ile doğum isteği söz konusu olduğunda hekim etik konuları göz önünde bulundurarak bu isteği reddetmelidir (Minkoff, 2006; Bocano ve Gaddipati, 2008; Kalish vd., 2008). Özellikle gebenin SSVD ve tekrar sezaryen ile doğum yapmak konusunda doğru tercihte bulunabilmesi için her iki doğum şekli hakkında tam ve kapsamlı bir şekilde bilgilendirilmesi gerekmektedir.

Uluslararası literatürde yer alan çalışmalardan birinde bilgi alma, SSVD’nin yararlarını bilme ve sağlık personeli tarafından destekleyici bakım sunulması gibi etmenlerin SSVD başarısında pozitif yönde etkilediği, diğer çalışmada SSVD oranın obstetrisyen önderliğinde verilen prenatal eğitim ile %38’e yükseldiği ortaya konulmuştur (Güler ve Yanikkerem, 2018: 35). SSDV oranlarının artması dolayısıyla elektif sezaryen oranlarının azalması, gebenin doğum yöntemleri hakkında düşüncelerinin değerlendirilip bilgilendirilmesi ile gebelik döneminde başlayıp doğum

sonrasına kadar devam edecek bakım, izlem, eğitim ve danışmanlık hizmeti almasından ciddi şekilde etkilenmektedir.

7.5.2. Aydınlatmanın Doğum Sürecine Etkisi

Çalışmamızda gebelerin bilgilendirilmesinin doğum sürecini olumlu yönde etkilediği ortaya çıkmıştır. Bulgular “aydınlatılmış onam çerçevesinde sağlık personeli/gebe ilişkisi” bağlamında “iletişim” ana teması ile ele alınmıştır. “Tatmin edici bilgi sahibi oldum”, “tatmin edici bilgi sahibi olmadım” ana temalar olarak ortaya çıkmıştır. Aydınlatılmış onam çerçevesinde değerlendirildiğinde sağlık personeliyle olumlu ve tatmin edici bir ilişki kuran gebelerin bilgilendirme sonucunda kendilerini rahat hissettikleri, güven duygusuna sahip oldukları ve doğum süreçlerinin olumlu etkilediği ortaya çıkmıştır. Literatürde yer alan çalışmalarda da çalışmamızla benzer sonuçlar ortaya çıktığı görülmektedir.

ABD’de 200 hasta üzerinde yapılan bir çalışmada hastalarıyla iyi iletişim kuran, hastalarını daha iyi bilgilendiren, sorularını yanıtlayan ve duygularını paylaşan hekimlerin uyguladıkları tedavilerde ciddi biçimde daha başarılı sonuçlar aldığı görülmüştür (Gültekin, 2016: 112). Sağlık kurumlarının sağlık hizmeti sunumunda hasta memnuiyeti sağlamada hizmet kalitesini hastalara modern sağlık bakımının sağlanmasının yanı sıra hastanın hak, ihtiyaç, istek ve beklentilerinin karşılanmasına bağlı olduğu ifade edilmektedir (Taşlıyan ve Gök 2008: 77; Güllülü vd., 2008: 28).

Hastaların sağlık hizmetlerinden tatmini üzerinde etkili olan unsur sağlık personelinin hastalarıyla birebir ilişki halinde olmasıdır (Korkmaz, 2003: 1). Diğer yandan hastaların sağlık durumları ile ilgili olarak bilgilendirilmelerinin de hasta tatminini etkilediği çeşitli araştırmalarda ortaya çıkmıştır (Kısa ve Tokgöz, 2007: 283). Bunun yanı sıra özellikle hastalar açısından hekimlerin iletişim becerileri, nezaket, saygı, duyarlılık, yeterli zaman ayırma ve hastayı dinleme gibi özellikleri hasta tatmini ve

hizmetin etkililiğini etkilemekte, hasta ile olumlu ilişki kurulmasını sağlamakta, hastaların hekimlerin önerilerine tamamen uymalarını ve tedavilerine devam etmelerine neden olmaktadır (Kısa ve Tokgöz, 2007: 282-283).

Doğum özelinde değerlendirildiğinde kadınların yaşam döngüsü içinde yaşadıkları önemli olaylar olan gebelik ve doğum sürecinde desteklenmelerinin hem doğum sürecinde hem de postpartum dönemde olumlu etkiler sağladığı bilinmektedir. Diğer yandan literatürde yer alan çalışmalarda kadınların bu dönemde daha hassas oldukları söz konusu popülasyonda depresyon ve anksiyetenin daha sık görülebildiği ortaya konulmaktadır (Tekgöz vd., 2009; Yılmaz ve Belı, 2010; Yücel vd., 2013; Arslan vd., 2011; Çakır vd., 2012; Dağlar ve Nur, 2014; Dağlar vd., 2015). Bu nedenle gebelerin hem gebelik hem de doğum sürecinde fizyolojik ve psikolojik olarak dengelerini sürdürebilmeleri için çevrelerinin ve sağlık personelinin desteğine ihtiyacı olabilmektedir. Sağlık personeli tarafından yapılan bilgilendirme ve verilen destek daha az tıbbi müdahaleye ihtiyaç duyma, daha olumlu doğum deneyimi ve yüksek düzeyde memnuniyet sonucunu doğurmaktadır.

Sezaryen doğum açısından değerlendirildiğinde ise gebelerin doğum şekli konusunda bilgilendirilmemesinin sezaryen doğum tercihi kararını 1,4 kat artırdığı, gebenin bazen isteyerek bazen istemeden kendi planladıkları doğum şeklinden farklı bir şekilde doğum yaptıkları görülmüştür (Özkan vd., 2013: 67). Sezaryen doğumların azaltılması konusunda da gebenin bilgilendirilmesi, gebelik ve doğum sürecinde desteklenmesinin etkili olduğu görülmektedir. Daha önce de değindiğimiz üzere kadınların doğumdan memnuniyetlerini etkileyen önemli faktörlerden biri gebe ile doğum öncesi bakımı veren sağlık çalışanı arasındaki iletişimidir. İletişimin sağlanmasındaki en önemli yol ise gebe için uygun bilginin sağlık personeline sağlanması ve gebenin karar sürecinde yer almasıdır.

Çalışmamızda da ortaya çıktığı üzere doktor, ebe ve hemşire gebeyi bilgilendiren sağlık personelinin başında gelmektedir. Literatürde yer alan çalışmalarda kadınların sağlık personeli ile iletişiminin bir sorun olarak ortaya çıktığı görülmektedir. Taşçı tarafından gerçekleştirilen bir çalışmada kadınların %49,4'ü doğumda ebelerin yaklaşımlarını kötü olarak yorumlamıştır (2007: 29). Bozkurt tarafından yapılan bir çalışmada gebelerin sağlık personeli ile iletişiminin istenilen düzeyde olmaması, kararlara katılım ve bilgilendirmenin çok az olması ve çevresel faktörlerin etkisiyle sağlık personelini, doğum deneyimini ve doğum sırasında yapılmış tüm müdahaleleri olumsuz olarak algıladıkları sonucuna varılmıştır (2013: 75-77). Yıldız tarafından Türkiye ve Yeni Zelanda'da doğum yapan Türk kadınlarıyla gerçekleştirilen bir çalışmada, Türkiye'de doğum yapan kadınların çoğunun doğum sürecinde doğum ekibi tarafından kendilerine saygılı, ilgili davranmadığı hatta onları azarladığı ve küçümsediği ve hakaret eden davranışlarda bulunduğunu; Yeni Zelanda'da doğum yapan Türk kadınlarının çok büyük çoğunluğunun ise doğum ekibinin kendilerine saygılı, arkadaşça davrandığı, olumlu iletişimin, sağlık ekibinin olumlu algılanması neden olduğu ve doğumda anne memnuniyetini artırdığı görülmüştür (2010: 86-144).

Ülkemizde ebelerle ilgili yapılan bir çalışmada, gebelerin, ebe ile birlikte diğer sağlık personelinin iletişiminden memnun olmadığı, yeterince ilgilenmeme ve bilgilendirilme yapılmaması, sert bir konuşma tarzı ile yaklaşılmaması, yargılama, açıklayıcı olmama, yalnızlık hissetme, yeterince anlaşıldığını hissetmeme, vajinal muayeneyi nazik bulmama gibi durumlardan şikayetçi oldukları ortaya çıkmıştır (Aktaş, 2015: 312). Başka bir çalışmada ise travaydaki gebelerin %58'ine doğum ağrısıyla baş etmede herhangi bir desteğin sağlanmadığı belirlenmiştir (Şahin vd., 2009: 61). Hemşirelik hizmetleri ilgili olarak yapılmış bir çalışmada ise hastaların, %86,2'sinin hemşirelerden bilgi almak istedikleri, servise kabul ve servisin tanıtımı, hemşirelerin ilgi, yaklaşım ve yaptıkları uygulamalar ile bilgilendirme hususlarında memnun olmadıkları ortaya çıkmış; bakımda

süreklilik ve hasta yakınlarıyla kurulan iletişim konusunda memnun oldukları saptanmıştır (Aksakal ve Bilgili, 2008: 245-247).

Bu çerçevede hastaların sağlık çalışanlarından bilgi almayı, sağlık çalışanlarının iletişim kanallarının açık olmasını ve yapılacak müdahaleler için onaylarının alınmasını önemsediklerine dair bilgilere ulaşılmıştır. Bunu destekleyecek şekilde doğum sonrası kadınlara verilen bakımın hem hasta memnuniyetini artırdığı hem de hedeflenen sonuç ölçütlerine ulaşmada etkili olduğu ortaya çıkmıştır (Ertem ve Sevil, 2007: 11). Doğum hikayesinin olumsuzluğu ki bu olumsuz algılamada iletişim ve bilgilendirmenin ciddi etkisi bulunduğu aşikâr olmakla birlikte kadında doğum sonrası dönemde yaşanabilecek depresyon, posttravmatik stres bozukluğu, doğum korkusu ve sonraki doğumlarda korkuya bağlı sezaryen isteği, cinsel sıkıntılar veya bebekle yaşayacağı bağlanma sorunlarının baş göstermesine neden olduğu görülebilmektedir.

Çalışmamızda yer alan multipar iki görüşmeciden biri (S.22.8 protokol numaralı görüşmeci) ilk doğum deneyimi ile ikinci doğum deneyimini hekim-gebe açısından değerlendirerek: ilk deneyiminde hekim ve diğer sağlık personeli tarafından kendisine bilgi verilmemesinin, yaşadığı olayı ve durumu kavrayamamasının kendisinde şok ve travma yarattığını belirtmiş, ikinci doğumunda ise her konuda tamamen aydınlatılmasının ve hekimle kurduğu olumlu diyalogun kendisini güvende, rahat ve huzurlu hissettirdiğini ifade etmiştir. Ancak çalışmamızda aydınlatılmış onam çerçevesinde tatmin edici bilgi sahibi olmayan görüşmecilerin sayısının tatmin edici bilgi sahibi olanlardan fazla olduğu görülmüştür. Sadece iki görüşmeci kendilerine verilen bilginin kapsamlı olduğunu belirtmişlerdir. Bu görüşmecilerden biri hekim tarafından bilgilendirilmiş, diğeri anestezi uzmanı tarafından bilgilendirilmiştir. Hekim dışındaki sağlık personelinin hukuken yetkili oldukları müdahaleler bağlamında hastayı aydınlatma ile hastanın onamını alma yetki ve yükümlülüğü bulunmaktadır (Hakeri, 2007: 130). Genel bir kural olarak ise aydınlatmayı tıbbi müdahalede bulunacak hekimin yapması gerekmele birlikte birlikte

belli şartlar altında hekimin aydınlatılmış onam alma yükümlülüğünü başka bir hekime bırakabilmesi mümkün olmaktadır (Ayan, 1991: 82; Çilingiroğlu, 1993: 70; Erman, 2003: 103; Hakeri, 2007: 129).

Tıbbi müdahalelerde farklı alanlardan hekimlerin yer alması söz konusu ise hastanın kim tarafından aydınlatılacağı, yani aydınlatma yükümlüsünün kim olduğu belirli durumlara göre çeşitlilik göstermektedir. Müdahalenin değişik alanlardan birden çok sayıda hekimce yürütülüyor olması durumunda her bir hekimin alanı ile ilgili olarak hastayı aydınlatması söz konusu olacak, bir hekimin yaptığı aydınlatmanın öteki hekimin yapacağı aydınlatmayı kapsamaması durumunda söz konusu aydınlatma yeterli sayılacak, tıbbi müdahale birbiriyle bağlantılı aşamalar halinde değişik alanlardan birçok hekim tarafından yürütülecekse her hekim yürüteceği aşama ile sınırlı olmak kaydıyla aydınlatma sorumluluğu bulunduğu ifade edilmektedir (Çilingiroğlu, 1993: 70; Sert, 2004: 233; Özdemir, 2004: 109).

Çalışmamızda yer alan görüşmecilere uygulanan tıbbi müdahalelerde farklı görevleri olan birden fazla sağlık personelinin yer aldığı bilgisine ulaşılmıştır. Görüşmecilerin söylemlerinden edinilen bulgular çerçevesinde doğum esnası, öncesi ve sonrasında hemşire, ebe, asistan, hekim ve anestezi uzmanının aydınlatma yapabilecek sağlık personeli arasında yer aldığı bilinmektedir. Ancak iki görüşmeci haricinde diğer görüşmeciler kendi hekimleri de dahil olmak üzere diğer sağlık personeli tarafından kendi alanları ya da kendi yürütecekleri aşamalara ilişkin aydınlatmada bulunmamışlardır. Çalışmamızda kendi hekimi tarafından değil, sadece anestezi uzmanı tarafından bilgilendirilen görüşmecinin bilgilendirme kapsamı hekimin kendi uzmanlık alanı dahilinde olmuş, görüşmeciye obstetrisyenin uzmanlık alanı dahilinde herhangi bir bilgi verilmemiştir.

Literatürde cerrahlar ve hastalar üzerinde yapılan bir çalışmada sadece iki cerrahın hastalarına aydınlatılmış onam için gerekli olan tüm bilgileri verdiği, %27,2'sinin

uygulamanın sadece yan etkileri ve tehlikeleriyle ilgili açıklama yaptığı, %21,1'inin ise sadece hastalık hakkında bilgi verdiği ya da bazı özel tanı yöntemleri hakkında açıklama yaptığı ortaya çıkmıştır (Ersoy, 1994: 133). İbas tarafından sezaryen ve vajinal doğum yapan kadınlar üzerinde gerçekleştirilen çalışmada, sezaryen olan kadınların %56,7'sinin hastaneden taburcu olma sırasında eğitim almadığı, kadınların “%88,4'ünün hijyen, %81,7'sinin beslenme, %95,1'inin kanama takibi, %75,6'sının meme bakımı, %61,1'inin emzirme, %79,9'unun bebek bakımı, %76,2'sinin dikişlerin bakımı, %99,4'ünün enfeksiyon belirtileri, %99,4'ünün istirahat, %92,7'sinin aile planlaması ve %97,6'sının hangi durumda sağlık kuruluşuna gitmesi gerektiği” konusunda bilgilendirilmediği ortaya konulmuştur (2009: 52). Başka bir çalışmada ise gebelikte tehlike belirtileri konusunda kadınların %81,3'ü bilgilendirirken kadınların %45,5'inin doğum şekilleri, %57,1'inin doğumun nerede kim tarafından gerçekleştirileceği, %77,8'inin postpartum dönem konusunda hiç bilgi almadığı ortaya çıkmıştır (Kaya ve Serin, 2008: 31).

Çalışmamızda ortaya çıkan bir diğer bulgu aydınlatmanın sezaryen öncesinde sadece görüşmecinin isteği üzerine yapılmış olması, gebenin böyle bir talepte bulunmaması halinde aydınlatmanın yapılmayacak olmasıdır. Etik açıdan bakıldığında kural gereği hastanın yapılacak uygulama hususunda aydınlatılma talebinde bulunmasına gerek yoktur. Çünkü hekimin sorumluluğu talep edilmese de hastayı aydınlatmaktır. Ancak hasta bir konuda aydınlatma talep etmişse hekimin mümkün mertebe hastanın talebini karşılaması gerekmektedir (Özcan, 2008: 116). Bu durumda hekimin hastasını aydınlatma sorumluluğunun yanı sıra aydınlatma yükümlülüğünün kapsamının genişlemesi söz konusu olmaktadır. Başka bir deyişle hastanın talebi, aydınlatmanın kapsamını genişleten bir durum olarak değerlendirilmektedir (Özdemir, 2004: 114; Özkan, 2005: 110). Hastanın aydınlatılmayı talep ettiği konuya verdiği önemden ötürü hekim, uygulanacak tedavi yöntemi, alternatif tedavi yöntemleri, mevcut tedavi seçenekleri, bunların fayda, zarar ya da riskleri dışında uygulanacak tedavinin daha önce

denenip denenmediği, ne süredir uygulandığı, sık rastlanmayan komplikasyonları ya da ciddi önem arz etmeyen noktaları da hastaya bildirilmelidir (Hakeri, 2007: 114; Özcan, 2008: 115).

Çalışmamızda görüşmecilerin söylemlerinden ortaya çıkan bir diğer sonuç bilgilendirilen görüşmecilerin doğum öncesi ve sonrasına dair sadece belli konularda bilgilendirildikleridir. Ancak bazıları daha önce de belirttiğimiz üzere hiçbir konuda bilgilendirilmemiştir. Görüşmecilerin tamamının söylemlerinde verdikleri bilgiler bağlamında (Tablo 6.9.); anestezi konusunda yedi görüşmeci bilgi vermiş, bunlardan üçü bilgilendirildiklerini, dördü bilgilendirilmediklerini belirtmiştir. Suni sancı konusunda bilgi veren üç görüşmecinin üçü de bilgilendirilmemiştir. Sezaryene dair riskler ve sezaryen sonrasına dair riskler konusunda dokuz görüşmeci bilgi vermiş, sadece iki görüşmecinin bu konularda bilgilendirildiği, yedi görüşmecinin bu konularda bilgilendirilmediği ortaya çıkmıştır. Yara/kesi bakımı bilgi verilen son başlıktır ve yedi görüşmeciden beşi bu konuda bilgilendirildiğini, ikisi ise bu konuda dahi bilgilendirilmediklerini belirtmişlerdir. Görüşmecilerin en fazla bilgilendirildiği konunun yara/kesi bakımı olduğu ortaya çıkmıştır.

Literatürde gebeler ve sağlık çalışanları üzerinde gerçekleştirilen çalışmalardan birinde gebelerin bilgilendirildiği konular arasında en çok bebek gelişimi, gebelikte sağlık ve gebelik belirtileri olduğu ancak gebelik ve doğumda karşılaşılabilecek riskler (gebelikte kanama vb.), doğuma hazırlık ve doğum sonrası sağlık konusunda çok az bilgilendirildikleri ya da hiç bilgilendirilmedikleri ortaya çıkmıştır. Aynı çalışmada sağlık çalışanları bilgi ve danışmanlık verilmesinin nedeni olarak hastalar eğitimsiz olması ve çalışanların iş yüklerinin fazla oluşunu göstermiştir (Turan vd, 2003: 98).

Hastanın tanısallık değerlendirme, tedavi amacı ve yöntemi, yöntemin beklenen yararları, tedavi alternatifleri, tedavinin muhtemel ve olası yan etkileri ile riskleri konusunda bilgilendirilmesi bir zorunluluktur. Söz konusu bilgilendirmeyi yapmak her

zaman kolay olmayabilmekte çeşitli zorluklarla karşılaşılabilir. Kadınların içinde bulunduğu toplumun yapısına bağlı ya da bireysel etmenlerden kaynaklanan faktörlerle karşılaşılabilir. Kadınların eğitim seviyesinin yeterli olmaması, eşitsiz güç ilişkilerinin yaygın olduğu toplumlarda kadının kendi özgür iradesi ile karar vermesi söz konusu olsa da hekimin aydınlatılmış onam için gerekli ölçütleri yerine getirme sorumluluğunu ortadan kaldırmamaktadır. Uygulamanın fayda, risk veya zararlarını değerlendirerek karar alabilecek kişi kadın olduğu için hekim tarafından uygun iletişim yöntemleriyle insanlık hakkı olan özgür iradenin temin edilmesi ve garanti altına alınması etik bir zorunluluktur (FIGO, 2011: 12-13).

Hekimlerin mesleklerini tıbbi etik kurallarına bağlı kalarak sürdürmeleri bir açıdan da ülkedeki sağlık politikası ile yakından ilişkilidir. SDP ile yaşanan sağlık alanındaki özelleştirme, arz- talep, kar-zarar, maksimum fayda (sağlık kurumları açısından), marjinal tasarruf eğilimi sağlık alanı, piyasa ilişkileri içinde var olan ancak insani ilişkiler, etik değerler alanı ile insancıl olma özelliğinden uzaklaşma eğilimi göstermektedir. Değerler alanında yer alan sağlık günümüzde metaya dönüşmüş durumdadır. SDP çerçevesinde uygulamaya konulan performansa bağlı ücret uygulaması ile sağlık alanında ticarileşme hız kazanmıştır. Bu çerçevede sağlık alanının ekonomik rasyonaliteyi hedefleyen ve bu alan içerisinde performansa dayalı ödeme, tam gün çalışma gibi uygulamalarla sağlık çalışanlarının etkin ve verimli çalışmalarını öngören, verimlilik ölçütlerini karşılamalarını zorunlu kılan, bunu da kontrol altına alan düzenlemelerle sağlık endüstrisinde hekim-hasta ilişkisinin ticari bir hal aldığını söylemek mümkündür (Kart, 2013: 121; Çetin, 2017: 289).

Hekimler söz konusu uygulamalar ile daha çok hastaya daha az zaman ayırarak daha hızlı bakmak veya daha az hastaya daha fazla zaman ayırarak bakmak seçenekleri arasında bırakılmaktadır. Hedeflenen nicel artış yapılan işin niteliğinde düşüşe neden olmaktadır. OECD ülkeleri ortalaması 2357 olan hekim başına düşen muayene sayısı,

Türkiye’de 4460’dır (OECD, 2011). Kart tarafından hekimlerle gerçekleştirilen bir nitel çalışmada, hasta başına ayrılan muayene süresinin uzamamasına rağmen hekimin yaşadığı zaman baskısı neticesinde hastalara kaliteli olarak bakılamadığı bilgisine ulaşılmıştır (2013: 117). Yine aynı çalışmada SDP çerçevesindeki uygulamaların hastalara ayrılan zamanı kısıtlarken zamanın etkin kullanımı önünde engel oluşturduğu bunun yanı sıra gereksiz tetkik uygulanması ve ilaç yazımı ile hastanın tüketimin artırılması için araçsallaştırıldığı, yanlış ve gerçekçi olmayan teşhis ve tedavi uygulamalarını çoğalttığına dikkat çekilmiştir (Kart, 2013: 118-119).

Sağlık sistemi açısından performans değerlendirmesi yapılırken sağlıkta kalite kavramını sağlık hizmeti algısını ölçmeye çalışan memnuniyet göstergesi üzerinden değerlendirmek yerine, sağlık alanında bilgi asimetrisinin çok yüksek olduğu göz önüne alınarak sağlık hizmetinin niteliğini ölçmeye çalışan göstergeler üzerinden değerlendirmek gerekmektedir (Pala, 2015: 148). Burada bahsedilen bilgi asimetrisi hasta-hekim arasındaki tıbbi iletişim sürecini etkileyerek hasta açısından kaygı ya da belirsizliğe neden olabilmektedir. Tıp alanındaki bu bilgi asimetrisi hekimin hastadan daha fazla güce, daha fazla bilgiye daha fazla sorumluluğa sahip olmasıyla alakalı olmakla birlikte içinde bulunulan tıbbi ortam açık, etkili, ortak ve tatmin edici iletişim için bazı yönlerden engelleyici olabilmekte, iletişim hataları hem hekim hem de hasta için memnuniyetsizlik yaratabilecek zaman kaybı ve olumsuz etkiler oluşmasını tetikleyebilmektedir (Korsch ve Harding, 1997: 3).

7.5.3. Sezaryen Doğumda Yapılan Bilgilendirmenin Kapsamı ve Aydınlatılmış Onamın Temel Bileşenlerinin İçerilme Durumu

Tıbbi müdahalelerden önce kadının aydınlatılmış onamını alma zorunluluğu insan haklarına saygıdan kaynağını almaktadır. Özellikle bedenin tıbbileşmesi açısından değerlendirildiğinde tıp ile etiğin kesişimi çerçevesinde ortaya çıkan hukuki ve felsefi

problemlerin çözümü noktasında uluslararası kuruluşlar, üzerinde fikir birliği sağlanacak ilkeler oluşturmaya yönelmişlerdir.

İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi (1948) temel olmak üzere kadının insan haklarına dair genel ve biyoetik özelindeki uluslararası çerçeveleri şu şekilde özetlemek mümkündür: Evli Kadınların Tabiiyetine İlişkin Sözleşme (1957), Kadınlara Karşı Ayrımcılığın Önlenmesi Beyannamesi (1967), Kadın ve Yurttaş Hakları Beyannamesi (1971), Birleşmiş Milletler Kadınlara Karşı Her Türlü Ayrımcılığın Kaldırılması Sözleşmesi (1979), Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi 7 Nolu Ek Protokol (1984), Kadınlara Karşı Şiddetin Önlenmesine Dair Bildirge (1993), Kadına Yönelik Şiddet ve Aile İçi Şiddetin Önlenmesi ve Bunlarla Mücadeleye Dair Avrupa Konseyi Sözleşmesi (2011); Lizbon Bildirgesi (1981), Amsterdam Bildirgesi (1994), Bali/Lizbon II Bildirgesi (1995), İnsan Genomu ve İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi (1997), Biyoloji ve Tıbbın Uygulanması Bakımından İnsan Haklarının ve İnsan Onurunun Korunmasına İlişkin Sözleşme: İnsan Hakları ve Biyotıp Sözleşmesi (Ovideo) (1997), Roma Sözleşmesi (2002), İnsan Genetik Verileri Uluslararası Bildirgesi (2003), Biyoetik ve İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi (2005), Helsinki Bildirgesi (2013).

Genel hukuki düzenlemeler çerçevesindeki haklar ile tıbbi uygulamalar, hasta hakları bağlamındaki yasal haklar ve etik çerçeve arasında kesişim bulunurken insan bedeninin ulusal mevzuatın yanı sıra uluslararası mevzuat kapsamında korunmaya alınmaya çalışılan bir kategori olduğunu ifade etmek yanlış olmayacaktır. Etik ilkeler çerçevesinde insanın değerine vurgu yapıldığı, Kantçı etik bağlamında insanın araç olmaktan ziyade bir amaç olarak görüldüğünü söylemek mümkündür. Bireyin yaşam hakkı ve kendi geleceğini belirleme hakkı, özerklik olarak da ifade edebileceğimiz, hukuk ve etik ilkelere aykırı olarak sınırlanamayan, anayasalar ve uluslararası çerçevelerle güvence altına alınmış, vazgeçilemez ve devredilemez haklar olarak karşımıza çıkmaktadır.

Ulusal mevzuatta 1982 Anayasası 12’nci maddede: “Herkes, kişiliğine bağlı dokunulmaz, devredilmez, vazgeçilmez temel hak ve hürriyetlere sahiptir...” (Anayasa, 1982: madde 12) hükmü yer alırken; 17’nci maddede “Herkes, yaşama, maddi ve manevi varlığını koruma ve geliştirme hakkına sahiptir...” (Anayasa, 1982: madde 17) hükmü yer almıştır. 1982 Anayasası 56’ncı maddede ise sağlık hakkı düzenlenmiştir. Yine temel hukuk metinlerinden TMK 23’üncü maddede: “Kimse, hak ve fiil ehliyetlerinden kısmen de olsa vazgeçemez. Kimse özgürlüklerinden vazgeçemez veya onları hukuka ve ahlaka aykırı olarak sınırlayamaz...” (TMK, 2001: madde 23) şeklinde düzenleme yer almaktadır. Temelde insan olmaktan kaynaklanan insan yaşamının dokunulmazlığı, vücut bütünlüğü, işkence ve kötü muamelenin önlenmesi, sağlıklı yaşam hakkı, ekonomik ve sosyal haklar ile üremeye ilişkin haklarla bağlantılı ilkelerin içeriğine biyoetik tartışmalar da temas etmektedir (Andorno, 2009: 227).

Bu çerçevede hem hukuk hem de etik alanında aydınlatılmış onamın, çalışmamız özelinde sezaryen uygulamalarında biyoetik açıdan ciddi bir öneme sahip olduğu ortaya konulmaya çalışılmıştır. Tartışma kısmının son bölümünde sezaryen uygulamasında aydınlatılmış onamın biyoetik açıdan usulüne uygun olarak alınıp alınmadığını ve söz konusu uygulamalarda biyoetik yaklaşımın yerini keşfetmek için hangi biyoetik ilkelerin içerildiği tartışılmıştır. Ele alınan biyoetik ilkeler, Biyoetik ve İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi’nde aydınlatılmış onam çerçevesinde yer alan madde 4, madde 5, madde 6’dır:

“Madde 4 Yarar ve zarar

Bilimsel bilgiler, tıbbi uygulamalar ve ilgili teknolojilerin uygulanması ve ilettilmesinde hastalar, araştırma katılımcılar ve diğer etkilenen bireylerin doğrudan ve dolaylı çıkarları azami düzeye çıkarılmalı ve anılan bireylere verebilecek olası zarar asgari düzeye indirgenmelidir.

Madde 5 Özerklik ve bireysel sorumluluk

Kişilerin karar verme özerkliğine, ilgili kararların sorumluluğunun üstlenilmesi ve başkalarının özerkliğine saygı gösterilmesi kaydıyla, saygı

gösterilmelidir. Özerklik ehliyetine sahip olmayan şahıslar için hak ve çıkarların korunmasına yönelik özel önlemler alınmalıdır.

Madde 6 Onam

- 1. Her türlü önleyici, tanı ve tedavi amaçlı tıbbi müdahale, yeterli bilgilendirme bazında ilgili şahsın hür ve bilinçli şekilde vereceği onam önceden alınmış olması şartıyla gerçekleştirilebilecektir. Uygun olduğunda onam açık olmalı ve herhangi bir sebeple haksızlık veya önyargıya sebebiyet vermeksizin ilgili şahıs tarafından geri alınabilmelidir.*
- 2. Bilimsel araştırma sadece ilgili şahsın önceden, hür, açık ve bilgilendirilmiş onama tabi olarak gerçekleştirilmelidir. Bilgiler yeterli olmalı, anlaşılır şekilde verilmeli ve iznin geri alınmasına yönelik imkânları da içermelidir. İzin, herhangi bir sebeple dezavantaj veya önyargıya sebebiyet vermeksizin ilgili şahıs tarafından geri alınabilecektir. Bu ilke ile ilgili istisnalar, başta 27. Madde olmak üzere Bildirge maddeleri ile uluslararası insan hakları hukukunda öngörülen ilkeler ve hükümlerle bağdaşması şartıyla Devletler tarafından benimsenen etik ve hukuk standartları uyarınca olmalıdır.*
- 3. Bir grup insan veya topluluk üzerinde gerçekleştirilen araştırmalarda, ilgili grup veya topluluğun yasal temsilcisinin ek mutabakatı da alınabilecektir. Herhangi bir durumda, topluluk sözleşmesi veya bir topluluk lideri veya diğer makamlarının izni, bireyin bilgilendirilmiş onamının yerini alamayacaktır.” (UNESCO, 2005)*

Çalışmamızda aydınlatılmış onamın temel bileşenleri; bilginin hastaya açıklanması, bilginin hasta tarafından anlaşılması, onamın gönüllü olması ve hastanın onam vermeye yeterli olması görüşmecilerin söylemleri çerçevesinde tartışılmıştır (Tablo 6.10.). Bilginin hastaya açıklanması temel bileşeni ile ilgili olarak çalışmamızda yer alan altı görüşmeci bilgilendirilmediğini, dört görüşmeci ise bilgilendirildiğini belirtmiştir.

Çalışmamızda bilgilendirilmeyen görüşmeciler, bilgilendirilen görüşmecilerden nicelik olarak fazladır. Uluslararası çerçevelerde açıkça hastanın bilgilendirilmesine atıfta bulunulduğu görülmektedir. Örneğin Lizbon Bildirgesi 3’üncü maddede: “Hasta yeterli ölçüde bilgilendirildikten sonra önerilen tedaviyi kabul veya reddetme hakkına sahiptir.” (WMA, 1981) ibaresi yer almaktadır. Hastanın aydınlatılması hekim ve hasta arasındaki güven ilişkisini sağlayan önemli faktörlerden biridir.

Aydınlatılma hakkının yargı kararlarında da yer almaya başladığı 70’li yıllarda ABD’de hekim-hasta ilişkisinin bir profesyonel bir ilişkiden çok güvene dayalı bir ilişki türü olduğu ifade edilirken aydınlatılmış onam hakkı çerçevesinde hastanın hekimden yardım isteyebileceği, hekimin hastaya yardım ederken bulunduğu müdahaleler sırasında

belli sorumluluklar üstleneceği, müdahaleden önce hekimin bilgilendirme yapması ve hasta bilgilendirme sonucunda müdahaleyi onaylarsa hekimin tıbbi müdahaleyi gerçekleştirebileceği ifade edilmeye başlanmıştır (Annas, 1978: 1201-1202; 1998: 695). Gerçekleştirilen hukuki düzenlemeler aslında tıbbi yardıma başvuran kişinin hem bedensel hem de ruhsal bütünlüğünü korumaya dayanmaktadır. Söz konusu bütünlüğün korunması da hastanın bilgilendirilerek özerk olarak karar verebilmesi için gerekli koşulları sağlamaktır.

Çalışmamızda bilgilendirmenin kapsamı çerçevesinde yapılan bilgilendirmenin niteliği değerlendirildiğinde sadece bir görüşmecinin tam ve doğru olarak bilgilendirildiği görülmektedir. Bu durum bilgilendirmenin kapsamı ile ilgili olarak daha ayrıntılı tartışılacaktır. Bilginin hasta tarafından anlaşılması bileşeni bağlamında bilgilendirilen dört görüşmeci tarafından da verilen bilginin anlaşıldığı belirtilmiştir. Literatürdeki kısıtlı çalışmalara bakıldığında çalışmamızla belli açılardan benzer sonuçların ortaya çıktığı görülmektedir. Aydınlatılmış onam alma sürecinde yaşanan sorunları ve hasta tutumlarını araştıran 70 hastanın katıldığı bir çalışmada, hastaların %31,4'ünün aydınlatılmış onam hakkında bilgisi olduğu, %87,1'inin tıbbi müdahale öncesi aydınlatılmış onam alınmasının yasal bir hak olduğunu bildiği, %80'inin aydınlatılmış onam alınmasının kendilerine saygı duyulduğunun göstergesi olduğunu düşündüğü, %97,1'inin tıbbi uygulama ile ilgili olarak hekim tarafından bilgilendirilmek istediği, %31,4'ünün her tıbbi uygulama öncesi onam alınmasını doğru bulduğu, %87,1'inin onam belgesini tamamen okuduğu, %34,3'ünün onam belgesini okurken hekime soru sorma fırsatı bulduğu, 71,4'ünün hekim tarafından açıklanan bilgileri anlaşılır bulduğu, %44,3'ünün onam formunun dilinin anlaşılabilir olduğunu ifade ettiği, %68,6'sının hekim tarafından aydınlatılmış onam sürecinde açıklama yapmak için kendisine zaman ayrıldığını belirttiği, %42,9'u ise hekimin onam belgesi ile gereken açıklamaları yaptığı fakat belgenin hasta tarafından okunmadan hemşire tarafından imzalatıldığı, %34,3'ünün onam

belgesini okuyarak ve ikna olarak imzaladığı ortaya çıkmıştır (İncesu, 2014: 1-9).

Ertem tarafından yapılan bir çalışmada hastaların %46,7'sinin hasta hakları, %65,2'sinin aydınlatılmış onam formunun ne işe yaradığını bildiği; %31,5'inin aydınlatılmış onam formunda anlamını bilmedikleri kelimelerin olduğu, %37'sinin aydınlatılmış onam bilgilerini sözlü olarak doktordan, %27,2'sinin sözlü olarak hemşireden, %76,1'i ise yazılı olarak hemşireden aldığı, yapılan bilgilendirmeyi anlayan hastaların yüzdesi %60,9 olmasına rağmen, %92,4'ünün formdaki her şeyi kabul ettikleri ortaya çıkmıştır (2013: 387-388). Çalışmamız ile benzer şekilde ortaya çıkan bulgular, hastaların aydınlatılmış onam alınmasının gerekliliği ve aydınlatılmış onamın kişilik hakkına saygıdan kaynağını aldığı konusunda farkındalıklarının olduğu, hekimler açısından bakıldığında onam sürecinde hekimin aydınlatma konusunda yeterli derecede rol almadığı, onamı imzalatma işleminde daha çok yardımcı sağlık personeline görev verildiği, yazılı onam belgesinin okuyup anlaşılması için yeterli süreye sahip olmadığı, hastanın tıbbi müdahale ya da onam ile ilgili soru sorabilmesi için fırsat bulamadığı şeklindedir. Başka bir çalışmada ise cerrahi müdahale öncesi hastaların %54,5'inin aydınlatılmış onam formunu okuduğu ancak %70'inin anlamadığı, %85'inin onamı kendi başına imzaladığı, %55,5'ine onam formunun hemşireler tarafından imzalatıldığı, %60'ının onamı imzalama nedenini bilmediği, %59,7'sine onam hakkında açıklamanın hemşireler tarafından yapıldığı bulunmuştur (Karaman Özlü vd., 2015: 321).

Literatür ve çalışmamızda da ortaya konulduğu üzere aydınlatmanın usulü ve aydınlatmayı yapacak sağlık personelinin kim olması gerektiğine dair sıkıntıların mevcut olduğuna dairdir. Aydınlatmada sözlü ve yazılı usulün her ikisinde de hastaya verilecek bilginin hastanın anlama kapasitesine uygun olması, hastanın anlayacağı uygun bir dille anlatılması, teknik terimlerin çok fazla kullanılmaması, hastaya anlayıp anlamadığına yönelik sorular sorularak bilginin anlaşılıp anlaşılmadığının teyit edilmesi de önem arz etmektedir. Hastaların tam ve doğru olarak bilgilendirmeden onam vermesi ise paternalist

yaklaşımın hala geçerli olduğunun bir göstergesi olarak ortaya çıkmakta, hasta hakları ve aydınlatılmış onamın temel bileşenlerine tezat teşkil etmektedir.

Aydınlatılmış onam uygulamasının usulüne uygun ve doğru yapılması için hekimin sorumluluğunun göz ardı edilmemesi gerekmektedir. Hukuki bağlamda hemşirelerin değil hekimlerin aydınlatılmış onam konusunda yükümlülüğü bulunmaktadır. Çalışmamızda gebelerin çoğunun ya hiçbir sağlık personeli tarafından bilgilendirilmediği ya da yardımcı sağlık personeli tarafından kısmi bilgiler aldıklarına dair bulgulara ulaşılmıştır. Hastayı tedavi eden, tıbbi müdahaleyi yapacak olan hekim aydınlatma ile yükümlüdür, hastayı aydınlatma görevini diğer yardımcı sağlık personeli aracılığıyla gerçekleştirmesi hukuken mümkün değildir (Yıldız, 2017: 69).

Hasta hekim arasındaki ilişki hukuki açıdan bir vekalet ilişkisi olarak ortaya çıkmaktadır. Bununla ilgili olarak 11 Ocak 2011 tarih ve 6098 sayılı Türk Borçlar Kanunu 505’inci maddede: “Vekil, vekâlet verenin açık talimatına uymakla yükümlüdür...vekil, talimattan ayrılırsa, bundan doğan zararı karşılamadıkça işi görmüş olsa bile, vekâlet borcunu ifa etmiş olmaz.” (Türk Borçlar Kanunu, 2011: madde 505) hükmü yer almaktadır. Hekim sadakat borcu çerçevesinde hastayı aydınlatma ve yapacağı tıbbi müdahale ile ilgili olarak vekaletinde bulunan hastanın onamını almakla yükümlüdür. Alman İmparatorluk Mahkemesi kararlarında hastanın hekim yerine hemşire tarafından aydınlatılıp aydınlatılamayacağı konusu tartışılmış, aydınlatma yükümlülüğünün hekime ait olduğu sonucuna varılmıştır (Özsunay, 1983: 49; Ertem, 2013: 388). Ancak yardımcı sağlık personeli de hukuki açıdan kendi yetkileri dahilinde bulunan konularda aydınlatma yapma sorumluluğu taşımaktadırlar. Daha önce de belirttiğimiz üzere Anayasanın 17’nci maddesinde yer alan kişinin, kendi geleceğini belirleme hakkından dolayı tıbbi müdahale hastanın sağlığı, hayatı ve vücut bütünlüğüne bir müdahale olduğu için müdahale öncesinde hekim hastanın onamını almakla mükelleftir. Aydınlatma bu çerçevede hastanın bedensel ve ruhsal olarak özgür olarak karar alma hakkını temin ederken

müdahalenin hukuki açıdan uygunluğunun temelini oluşturmaktadır. Hastanın rızasının geçerliliği aydınlatılmasına bağlıdır ve hekimin, “hastanın rızası” ile ilgili olarak hukuka uygunluk sebebinden yararlanabilmesi için de hastayı aydınlatması gerekmektedir (Hakeri, 2017: 25).

Çalışmamızda yer alan görüşmecilerin söylemleri çerçevesinde hakları konusunda farkındalığa sahip olduğu ancak bu farkındalığı aktif bir şekilde kullanma imkânı bulamadıkları, gerekli aydınlatmanın tam ve usulüne uygun olarak yapılmadığı, yeterliliğe sahip görüşmecilerin çoğundan yazılı onam alınmadığına dair bilgiye ulaşılmış, bu durumun hem etik hem de yasal sorunların varlığına işaret ettiği değerlendirilmiştir. Çalışmamızda da değindiğimiz üzere ülkemizde 1998 yılında yürürlüğe giren aydınlatma ve onam ile ilgili bir düzenlemeleri içeren “Hasta Hakları Yönetmeliği” (RG, 1 Ağustos 1998, S. 23420) öncesi Anayasa, çeşitli yasalar ve alt mevzuatta birtakım düzenlemelerin olduğu göze çarpmaktadır. Söz konusu Yönetmeliğin 5’inci maddesinin (d) bendinde acil durumlar haricinde kişinin rızası alınmadan vücut bütünlüğü ve diğer kişilik haklarına dokunulamayacağı açıkça düzenlenmiş; 15’inci madde ile de aydınlatmada izlenecek usul ve kapsam şu şekilde ifade edilmiştir:

“Hastaya;

a) Hastalığın muhtemel sebepleri ve nasıl seyredeceği,

b) Tıbbi müdahalenin kim tarafından nerede, ne şekilde ve nasıl yapılacağı ile tahmini süresi,

c) Diğer tanı ve tedavi seçenekleri ve bu seçeneklerin getireceği fayda ve riskler ile hastanın sağlığı üzerindeki muhtemel etkileri,

ç) Muhtemel komplikasyonları,

d) Reddetme durumunda ortaya çıkabilecek muhtemel fayda ve riskleri,

e) Kullanılacak ilaçların önemli özellikleri,

f) Sağlığı için kritik olan yaşam tarzı önerileri,

g) Gerektiğinde aynı konuda tıbbî yardıma nasıl ulaşabileceği,

hususlarında bilgi verilir.” (Hasta Hakları Yönetmeliği, 1998: madde 15)

Çobanoğlu’nun da belirttiği üzere hasta haklarının içeriğinde hastalık konusunda bilgilendirme, tedavi yöntemleri ile ilgili özerk karar verme, aydınlatma ve onam, psikososyal ve manevi değerler açısından saygı görme bulunmaktadır (2009: 46). Hasta bu haklara sahipken aydınlatma sorumluluğu hekimin uhdesindedir ve hasta bilgi istemediği takdirde hekimin bu sorumluluğundan kurtulduğu anlamına gelmemektedir.

Çalışmamızda aydınlatılmış onamın bir diğer bileşeni olan onamın gönüllü olarak verilmesi ile ilgili olarak iki görüşmeci dışında kalan sekiz görüşmecinin onamı gönüllü olarak verdiği ifade edilmiştir. Ancak buradaki en önemli nokta bilgilendirildiğini belirten dört görüşmeci haricinde diğer görüşmecilerin bilgilendirilme olmadan onam vermiş olmalarıdır. Söz konusu dört görüşmeciden tam olarak bilgilendirilmiş olan bir görüşmeci (S.22.8. protokol numaralı görüşmeci) hariç üç görüşmeci ise eksik olarak bilgilendirilmiş şekilde onam vermiştir çünkü kendilerine yapılan aydınlatmanın bilgilendirmede olması gereken tüm unsurları içermediği görülmüştür.

Görüşmecilerin çoğu için özerk olarak onam vermenin koşulu olan bilgilendirme şartının sağlanmadığı görülmektedir. Bilgilendirmenin olmaması özerklik unsurunu, hastanın gönüllü olarak onam vermesini sakatlayan bir durumdur. Temel insan haklarından biri olan ve yasal düzenlemelerle garanti altına alınmış olan bireylerin kendi bedenine ne yapılacağını bilme ve belirleme hakkı sağlık çalışanlarına aydınlatılmış onam elde etme ödevinin yüklenmesine gerekçe oluşturmakta, hastanın onam ya da ret kararını verebilmesi için hekim tarafından gereken bilgilerin açıklanmasını işaret eden açıklama ödevini yaratmaktadır (Ersoy vd., 2010: 1-2). Tıbbi uygulamanın kabul ya da reddedilmesi de bu bağlamda hastanın tasarrufundadır. Amsterdam Bildirgesi’nin 3’üncü maddesinde “*Hasta tıbbi girişimi reddetme veya durdurma hakkına sahiptir.*” (WMA, 1994) hükmü yer almaktadır.

Tıp alanında özerklik hakkının uygulanması kişinin tam olarak bilgilendirilmesi, kişinin kendisi ile ilgili kararlara katılımının sağlanması ile mümkün olabilmektedir. Çoban özerkliğin bireyin geçmişini, şimdisini ve geleceğini ilgilendiren her konuda bilgi ve yetki sahibi olmasını kapsadığını belirtmektedir (2016: 29). Özerkliğin içeriği kişinin bedenini ilgilendiren konularda yaşam ve ölüme karar verme, organ bağıışı, bedensel bütünlük gibi hususlarda tam olarak yetki sahibi olması fikrine dayanmaktadır. Tıp etiği bağlamında bireylerin iradesi ve seçimleri dikkate alınmalı ve saygı duyulmalıdır. Etik bir karar alınacağı zaman özerklik ilkesi çerçevesinde bireyler sosyal, dini ya da kültürel tercihlerini yansıtabilmektedirler (Arda, 2012: 32). Bazen de bireyler, içinde yaşadıkları toplumun kültürel, ahlaki veya dini değer yargıları nedeniyle toplum içinde kadın ve erkek olmaya dair kendilerine biçilen rollere uygun davranmak zorunda kalabilmektedirler. Özerklik aslında sağlık bakımı hakkı çerçevesinde kadınların kendi kararlarını ne ölçüde özgür olarak verebildikleri, bu konuda oynamaları gereken rolü baskı altında kalmadan oynamaları ile de alakalıdır. Bu bağlamda hekim tarafından kişinin savunmasızlığının da dikkate alınması gerekmektedir.

Biyoetik açısından savunmasızlık kavramı bağlam olarak Nuremberg Kodu ile gündeme gelmiştir. 1979 yılında yayımlanan Belmont Raporu ise savunmasızlık kavramına aydınlatılmış onam uygulaması bağlamında söz konusu uygulamanın bileşenlerinden gönüllük kavramı çerçevesinde değinmiştir. Yine savunmasızlık kavramına atıfta bulunulan İnsan Denekleri İçeren Biyomedikal Araştırmalara Yönelik Uluslararası Etik Yönergeleri madde 9 ile madde 17’de savunmasızlık kavramı; “Kendi yararlarını korumak için güç, akıl, eğitim, kaynak, dayanıklılık ya da ihtiyaç duyulan diğer özellikler açısından kısmen ya da tamamen yetersiz olan bireyler.” (Uluslararası Tıp Bilim Örgütleri Konseyi [CIOMS], 2002) şeklinde tanımlanmıştır. Biyoetik ve İnsan Hakları Evrensel Bildirgesi 8’inci maddede yer alan ibare ise aşağıda sunulmuştur:

“İnsan savunmasızlığına saygı ve kişisel saygınlık: Bilimsel bilgiler, tıbbi uygulamalar ve ilişkili teknolojilerin uygulanması ve geliştirilmesinde insanların hassasiyeti göz önünde bulundurulmalıdır. Özel hassasiyetleri olan bireyler ve gruplar korunmalı ve bu bireylerin kişisel saygınlığı göz önünde tutulmalıdır.” (UNESCO Genel Konferansı, 2005)

Bu maddede görüldüğü üzere engeller bireysel, çevresel ya da toplumsal olsa da tıp alanındaki herhangi bir uygulamada özel savunmasızlıkların göz önünde bulundurulmasına vurgu yapıldığıdır. Saygı ilkesi ise insan olmaktan kaynaklanan temel hak, özgürlükler ve insan onuru kavramıyla ilişkili olmakla beraber madde 6’da da değinildiği üzere insan olarak fiziksel ve zihinsel bütünlüğün zedelenme riski ile karşı karşıya olmamızdan dolayı kişisel bütünlüğün insan savunmasızlığı ile ayrılmaz bir ilişki içerisinde oluşudur. Bu çerçevede İnsanın Savunmasızlığı ve Kişisel Bütünlüğüne Saygı İlkesi adıyla yayımlanan UNESCO’nun Uluslararası Biyoetik Komitesi Raporu önem taşımaktadır. Raporun sonuç bölümünde özel savunmasızlık bağlamında kadınların konumuna dair değerlendirmede bulunularak şu ifadeye yer verilmiştir:

“Özel savunmasızlıklara bir başka önemli örnek, kadının konumuna ilişkin olarak ortaya çıkmaktadır. Bazı kültürlerde, kız çocukları istenmeme, bakılmama, kötü davranılma ve reddedilme riskine karşı özellikle savunmasızdır. Kız çocukları ayrıca, özellikle cinsel taciz ve istismardan uzak olma hakları da dahil olmak üzere bedensel bütünlüklerine ilişkin çıkarları bakımından ciddi bir biçimde tehdit altında kalabilmektedir. Yetişkin kadınlar, babalarının tahakkümünden kocalarının tahakkümüne geçiyor olmaları sebebiyle, önemli yaşamsal ve sağlık hizmeti kararlarını kendi başlarına almaktan yoksun kalmaktadırlar. Dünyanın birçok yerinde kadınların daha uzun yaşıyor olmasından ötürü, yaşlı kadınlar aileleri tarafından terkedilmiş, sağlık hizmetinden yararlanamamış ve toplum tarafından yok sayılabilmektedirler. Göçmen ve savaştan etkilenen kadınlar suiistimale karşı özellikle savunmasız olup, uyumsuzluk çözümü ve uzlaşmaya gitme haklarından sıklıkla yoksun bırakılmaktadır.” (UNESCO, 2013: 37)

Çalışmamızda önceki bölümlerde değindiğimiz üzere kadınların toplumsal düzlemde karşılaştıkları sorunlar aslında bedenlerin cinsiyetlendirilerek doğalmış gibi kodlanan biyolojik cinsiyete toplumsal bir inşa olan belirli rollerin, algıların ya da anlamların yüklenmesiyle oluşan toplumsal cinsiyet ilişkileri yumağından kaynaklanmaktadır. Yıldırım ve Reşitoğlu’nun kürtaj ile ilgili yaptığı çalışmada,

kadınların bedenleri ile ilgili karar alma süreçlerinin sosyo-ekonomik durum, aile yapısı, maddi manevi koşullar evlilik deneyimi, yaşam şartları, hamilelik süreci, sağlık hizmetlerine ulaşılabilirlik unsurları tarafından etkilendiği ortaya konulmuştur (2020: 109-112). Savunmasızlığın ve özerkliğin bağlantılı olduğu görülmektedir. Mackenzie (2014) özerklik ve savunmasızlığın paralel olarak önemli nüveler ortaya koyduğunu söylerken sadece özerkliğe saygının değil özerkliği yükseltmeye de önem verilmesi gerektiğini belirtmektedir. Savunmasızlık görüldüğü üzere sosyal ve politik yapılardan azade olmamakla birlikte Foucault'nun biyoiktidar söyleminin bu konuda anahtar olarak kullanılmasının ve özerkliğin ilişkisel olarak algılanmasının faydalı olabileceği ifade edilmektedir (Mergen, 2018: 21).

Tıp alanında ise hekimler kadınların tercihlerini araştırarak ve görüşlerine saygı duyarak onların savunmasızlığını düzeltmeye, karar sürecinde kadınların uygulamalar ile ilgili risk ve yararları içeren uygulanabilir yaklaşım ve alternatifler üzerine tam olarak bilgilendirilmeleri sağlanmalı, hekimin tıbbi olmayan nedenlerden dolayı istenen tıbbi hizmeti sunamaması ya da hastanın rızasının olmaması durumunda uygun yönlendirmenin sağlanması için çaba sarfetmesi gerekmektedir (FIGO, 2011: 11).

Özerkliğe bağlı olarak tıbbi müdahaleye verilecek onamda gönüllük kadın açısından gebelik durumunda ikili bir şekilde işlemektedir çünkü ceninin hukuki statüsü ve özerkliği ile ilgili olarak çeşitli tartışmalar söz konusu olmaktadır. Yaşam hakkının gebeliğin hangi aşamasında ortaya çıktığı; “ceninin uzuvlarının veya sinir sisteminin oluşmaya başladığı” ya da “döllenmenin gerçekleştiği” zamana dair farklı görüşler bulunmaktadır (Tacir, 2013: 1304). Canlı bir varlık olarak fetüs yaşama hakkına sahipken bedeninde o fetüsü bulunduran kadınının da kendi bedeni üzerinde tasarruf hakkı bulunmaktadır. Arda bu konuda anne rahmindeki ceninin hukuki statüsü ve hakları bağlamında rahim sahibi olmaktan meydana gelen analık hakkının söz konusu olduğunu belirtirken sağlık personelinin anne ve aile ile iletişim halinde olması, yapılacak

müdahaleler hakkında bilgilendirilmeleri ve aydınlatılmış onamlarının alınmasının önemli olduğunu ifade etmektedir (2012: 29). Örneğin fetal cerrahide kadının cerrahi açıdan birçok müdahaleye tabi tutulması, doğumun erken gerçekleşmesi, anestezi ve ameliyatların tüm risklerine maruz kalması, kadınların kendi bedenlerinde bir rahatsızlık olmamasına rağmen birçok riske maruz kalması suretiyle etik açıdan zarar vermeme ilkesi ihlal edilerek tıbbi müdahalenin objesi, fetüsün ise gerçek hasta olarak kabul edilmesi söz konusu olmaktadır (Dayı, 2017: 47).

Elektif sezaryen uygulamaları açısından yarar sağlama ve zarar vermeme ilkeleri çerçevesinde doğumun doğal olarak başlamadığı ve tıbbi endikasyona dayanmayan sezaryen doğumlarda bebek ile ilgili bazı travmalar, “dehidratasyon”, “respiratuar distress sendromu”, “enfeksiyon”, “hipoglisemi”, “vücut sıcaklığının korunması” açısından sorunlar ortaya çıkabilmekte, anne-bebek etkileşiminin gecikmesi ve maternal bağlanmanın olumsuz etkilenmesi gibi komplikasyonların oluşabildiği; bebeğin sağlığı açısından sezaryen doğumun etkilerini incelemek amacıyla uluslararası literatürde yer alan çalışmalarda ise bebek sağlığı açısından sezaryenin katkı sağlamadığı hatta yenidoğan yoğun bakım ünitesindeki başvuruların bu sebeple arttığı ortaya çıkmıştır (Khasawneh vd., 2020 ve Kupari 2016’dan aktaran: Özkan vd., 2021: 229). Etik açıdan tıbbi uygulamalarda esas olan hastanın yararının her şeyin üzerinde tutulmasıdır. Ancak elektif sezaryenin bu çerçeveden bakıldığında fetüs ve gebe için yarar sağlama durumunu azaltabildiği dolayısıyla yarar sağlama ile etik ilkeye ters düştüğü görülmektedir. Çalışmamızda ortaya bir diğer bulgu, iki görüşmecinin (S.21.1. ve S.21.4. protokol numaralı görüşmeciler) acil sezaryen uygulaması nedeniyle onam vermeye yeterli durumda olmadıklarını belirtmiş olmalarıdır. Hekimin aydınlatılmış onam sürecinde hastanın yeterliliğine dair odaklanması gerekenler, hastanın hekim tarafından verilen bilgiyi anlayıp anlamadığı ve bu bilgi ile ilgili değerlendirme yapıp yapamadığıdır (Spike, 2017: 100).

Grisso ve Appelbaum (1998) daha geniş ifadeyle hastanın yeterli olduğu aydınlatılmış onam sürecinde verilen bilgiyi anlayabilmesi, tıbbi müdahalenin yarar ve risklerinin değerlendirmesini yapabilmesi, tıbbi uygulamanın günlük yaşamındaki etkisi ve sonuçlarını karşılaştırarak karar verebilmesi, verdiği kararlar ilgili makul bir seçim ifade edebilmesine bağlı ifade etmektedir (Aktaran Ersoy vd., 2010: 2). Hastanın durumu göre ve tıbbi uygulamanın aciliyeti göz önünde bulundurularak hastanın yeterliliğinin bu çerçevede ele alınması etik açıdan uygun olacaktır. Tıbbi zorunluluk halinde yapılan müdahaleler, hekimin hastaya tıbbi müdahalede bulunmasının zorunluluk nedeniyle ortaya çıktığı, örneğin bilinç kaybı yaşayan, acil müdahale edilmediği ve hastanın onamı beklenildiği takdirde telafisi güç zararların doğması ya da çoğu durumda hastanın yaşamını kaybetmesine neden olabilecek durumlarda yapılan müdahaleler ile ameliyatın genişletilmesinin tıbbi bir zorunluluk olarak ortaya çıktığı durumlardır. Etik açıdan ameliyatın genişletilmesi veya değiştirilebilmesi yine hastanın onamına bağlıdır ancak anestezi sebebiyle hastanın bilincinin yerinde olmaması hastaya gereken açıklamaların yapılması ve onamının istenmesini fiilen mümkün kılmamaktadır (Yılmaz, 2017: 48). Her iki durumda da hekim yarar ve zarar dengesi iyi kurmalı, özerkliğe dayalı sorumluluklarla hastanın yararını gözeten sorumluluklarını dengelemeli, hastanın üstün yararının ön plana çıkarılmasını ve zarar görmemesini sağlamalıdır.

Uygulanacak tıbbi müdahalelerde onamın alınmaması, onamın hastanın aydınlatılmadan alınması ya da müdahalenin kapsamının hastanın onamı veya bilgisi dışında aşılması durumunda hekimin eyleminin hukuka aykırı olması söz konusudur. Tıbbi zorunluluk durumundaki müdahalelerde ise hukuka uygunluk belli şartların varlığına bağlıdır: kişinin kendisi veya kanuni temsilcisinden tıbbi müdahaleye ilişkin bir onamın alınması fiilen mümkün olmaması çünkü tıbbi müdahale öncesi hastanın onamını almak mümkünse onam alınmadan yapılan tıbbi müdahale hukuka aykırı olacaktır yine ameliyatın genişletilmesi söz konusu ise önceden tahmin edilebilir nitelikte bir genişletme

varsa hastanın onamının ameliyata başlamadan önce alınmış olmasıdır (Yılmaz, 2017: 49).

Çalışmamızda yer alan acil müdahalede bulunulmuş ve sezaryen ile gebeliğini sonlandırmış görüşmeciler özelinde değerlendirildiğinde, aslında hekim tarafından gebelik sürecinin uzun bir zamana yayıldığı ve gebelik süreci boyunca yapılacak bilgilendirmenin gebe vajinal doğum ya da sezaryen ile doğum yapsın tüm risk, fayda, zarar, alternatifler, karşılaşılabilecek acil durumlar ile olası ya da nadir karşılaşılabilecek durumlar, bu durumlarda gebenin karşı karşıya kalabileceği tıbbi müdahaleleri içerdiği sürece yapılacak müdahale acil olsun olmasın hekim ve hasta açısından sıkıntı olasılığını en aza indirecektir. Başka bir şekilde söylemek gerekirse elektif sezaryen uygulanacaklar hariç kadınların çoğunluğu vajinal doğum yapacaklarını düşünmektedir ancak doğum eyleminde risk yaşanması, müdahale yapılma durumu ya da sezaryen doğum olma olasılığı bulunmaktadır. Gebenin doğum yapabileceği hangi yöntem olursa olsun hepsine hazırlıklı olması ve bilgilendirilmesi gerekmektedir. Bilgi sahibi olmak gebedeki korku ve anksiyete durumunu aza indirerek acil bir müdahale olsa dahi kendini daha güvende hissetmesine neden olacaktır.

Çalışmamızda bu konuyla da bağlantılı olarak korku ve bilgi arasındaki ters orantılı ilişkiyi doğrulayan bulgulardan biri görüşmecilerden birinin (S.21.2. protokol numaralı görüşmeci) bilgi eksikliği nedeniyle yine hakkında hiçbir bilgi sahibi olmadığı başka bir uygulamaya, sezaryen uygulamasına, gönüllü olarak onam vermiş olduğunu belirtmesidir. Görüşmecinin sezaryen uygulamasına onam vermesinin nedeni kendisine yapılan oksitosin uygulamasına, sürecin nasıl ilerleyeceği ve karşılaşacağı ağrı konusunda kendisine bilgi verilmemesi bunun sonucunda vajinal doğum ve yaşayacağı ağrı konusunda korku ve endişeye kapılarak sezaryen uygulamasına onam vermesidir.

Literatürde oksitosin indüksiyonu ve doğum korkusu arasında bağlantı olduğunu gösteren çalışmalara rastlanmaktadır. İşbir ve Topçu tarafından gerçekleştirilen bir

çalışmada oksitosin indüksiyonu yapılan gebelerin yapılmayan gruba göre doğum sürelerinin uzadığı, ağrı yoğunluğu, kontraksiyon sıklığı ve doğum korkusunun arttığı ortaya çıkmış; oksitosin uygulamasına bağlı gelişen ağrı ve korkunun uygun yönetiminin doğum sonuçlarını olumlu etkileyebileceği ifade edilmiştir (2018: 97). Oksitosin kullanımı ile ilgili olarak doğum eyleminde olan ya da olmayan gebeler için profilaktik ve terapötik oksitosin dozlarıyla ilgili bir protokole ihtiyaç olduğu, sezaryenle doğum için oksitosin uygulaması sonrası maternal, fetal ve neonatal yan etkilerin ortaya çıkabileceği, gebede hipotansiyon ve taşikardi gözlenebileceği, travay doğum indüksiyonu ve postpartumda kullanılan yüksek doz oksitosinin uterus kasının oksitosine yanıtızsız hale getirebileceği ifade edilmektedir (Günaydın, 2016: 1-2).

Serçekuş ve Okumuş tarafından gerçekleştirilen nitel bir çalışmada ise doğum korkusunun en büyük kaynağının doğumda yaşanan ağrı korkusu olduğu ayrıca gebelerin doğumun nasıl ve ne şekilde geçeceğine ve nasıl bir deneyim olacağına dair bilgisi olmamasının da doğum korkusuna yol açtığı ortaya konulmuştur (2009: 158-159). Literatürde yer alan çalışmalarla ağrıdan korkmanın ve doğum korkusunun kadınların sezaryen doğumu tercih etme nedeni olduğu ortaya konmuştur (Sayiner vd., 2009: 110; Gözükar ve Eroğlu, 2008: 35; Karabulutlu, 2012: 216; Çiçek ve Mete, 2015: 265). Örneğin Gözükar ve Eroğlu'nun çalışmasında gebelerin karar değiştirerek vajinal doğum yerine sezaryenle doğum yapma nedeni olarak %65 oranında ağrısız doğum yapmayı isteme; %55 oranında doğumdan korkmanın ortaya çıktığı görülmektedir (2008: 35). Gebede doğum korkusunun daha da artıran faktörlerden birinin uzayan doğum eylemi olduğu; preterm eylem, postterm eylem, doğumda analjezi kullanımında artış, doğum sürecinde uzama, müdahaleli doğum ve acil sezaryen uygulamasının stres ve anksiyete ile ilişkili olduğu bulunmuştur (Uçar ve Gölbaşı, 2015: 56).

Badinter doğumun tıbbileştirilmesi konusundan bahsederken hastanelerde yaşanan kurumsal şiddetin, gebeye yöneltilen kaba davranışlar, sezaryen ve

epizyotominin kötüye kullanımı, ile obstetrisyenin isteği üzerine vaktinden önce başlatılan doğumları içerdiğini belirtmiştir (2011: 49). Uluslararası literatürde de çalışmamızla benzer sonuçların ortaya çıktığı görülmektedir. İsveç'te 932 gebe ile gerçekleştirilen bir çalışmada doğum korkusunun en sık rastlanan nedenin ağrı korkusu olduğu, doğum korkusu olan gebelerde epidural anestezi, elektif sezaryen, acil sezaryen daha fazla görülmüş ve daha fazla indüksiyon kullanıldığı ortaya çıkmıştır (Sydsjö vd., 2012: 44-46). Bu çalışmadan bir sene sonra aynı araştırmacılar tarafından gerçekleştirilen 990 gebenin katıldığı retrospektif bir araştırmada doğum korkusu yaşayan multipar gebelerin sezaryen olma ihtimalinin 5,2 kat fazla olduğu, doğum korkusuna bağlı olarak doğumun aktif evresinin 40 dakika uzadığı, doğum korkusu olan gebelerin %30,6'sının önceki doğumunun sezaryen olduğu, gebelere verilen desteğin genişletilmesi durumunda ise ciddi doğum korkusu olan ve önceki doğumunda elektif sezaryen geçirmiş gebelerin %50'sinin vajinal doğum istediği ortaya konulmuştur (Sydsjö, vd., 2013: 211-212).

İsveç'te gerçekleştirilen ve üç yıllık bir zaman dilimine yayılan otuz üç kadınla tamamlanmış başka bir çalışmada kadınların onunun sezaryene yönelten en önemli etmenin olumsuz doğum deneyimi ve doğum ağrısı olduğu, bu nedenle doğum korkusu geliştirdikleri bulunmuştur (Ryding, 1993: 284). Geissbuehler ve Eberhard tarafından sekiz bin gebe ile gerçekleştirilen bir çalışmada nulliparların %42'sinin doğum ağrısından korktuğu; gebelerin %40'ının doğum ağrısı nedeniyle sezaryeni tercih ettikleri bulunmuştur (2002: 229).

Nasr ve arkadaşları tarafından 200 gebe üzerinde gerçekleştirilen bir çalışmada gebelerin yarısından fazlasının doğum sürecinden korktukları için doğum korkusuna sahip oldukları; gebelerin bilgilendirilmesi ve doğuma hazırlanmasının korkunun azalmasına fayda sağlayacağı ifade edilmiştir (2020: 11-12). Doğum ağrısı, düşük ağrı toleransının doğum korkusunun en önemli nedenleri olduğu, ağrıyı yüksek düzeyde deneyimleyeceğini düşünen ve önceki doğum deneyiminde çok fazla ağrı deneyimleyen

kadınlarda korku düzeyinin fazla olduğu bu durumun ise isteğe bağlı sezaryen oranının artışına neden olduğu ifade edilmektedir (Saisto ve Halmesmaki, 2003: 202; Donel, 2019: 4642). Bu çalışmalar, yaptığımız çalışma ile benzerlik göstermektedir. Ağrı korkusunun gebelerde korkuya neden olduğu korkunun kaynağının yeterince bilgilendirilmemek olduğu, söz konusu korkunun ise sezaryen doğum tercihini ciddi şekilde artırdığıdır. Olumlu bir doğum deneyimi için kadınların doğumları hangi yöntemle olursa olsun hazırlanmalarının sağlanması, anksiyete ve korku yaratan durumlar belirlenerek bu durumlarla baş etme yöntemlerinin belirlenerek uygulanması gerekmektedir.

Çalışmamızda ortaya çıkan bir diğer bulgu ise diğer bir görüşmecinin (S.22.10. protokol numaralı görüşmeci) sezaryen uygulamasına gönüllü onam vermiş olarak gözüксе de isteğinin aslında vajinal doğum olduğu ancak bir endikasyon olmamasına ve iki doğum arasında yeterli süre geçmiş olmasına rağmen ilk doğumu sezaryen olduğu için hekim tarafından sezaryene yönlendirildiğini belirtmesidir. Görüşmeci, yapılacak uygulama konusunda aydınlatılmadığını da belirtmiştir. Görüşmecinin aydınlatılmaması, özerk olarak karar gönüllü bir şekilde karar verme halini sakatlayan bir durumdur. Bunun yanı sıra kadının bedenine yapılacak tıbbi bir müdahale çerçevesinde kendi rızası ve iradesinin dikkate alınmadığı görülmektedir.

Her ne kadar hasta için en doğru olan yaklaşımı hekimin belirlediği, yetkinliği ile bilgisini buna vakfettiği, hastası yerine karar aldığı paternalist yaklaşım yerini bireyin özerk bir varlık olmasından temelini alan hasta hakları bir merkezli bir yaklaşıma bıraktığı düşünülse de çalışmamızda görüldüğü gibi pratikte farklı sonuçlarla karşılaşılabilirdiğini söylemek mümkündür. Bireyin özerk bir varlık olarak davranması, kararlarını özgür bir şekilde alabilmesi için özellikle tıp alanında aydınlatılmış olması gerekmektedir. Burada ortaya çıkan etik sorun kadının hem kararını özerk olarak alamaması hem de kararını gerektiği şekilde verememesidir. Aynı zamanda sezaryen uygulamasının herhangi bir endikasyona dayanmayarak gebenin vajinal doğum

yapabileceği koşulda uygulanması yarar ve zarar dengesi açısından incelendiğinde normal doğuma göre daha yüksek risk taşıması gebe ve fetüse olan yarar sağlama durumunu azaltması nedeniyle yararlılık ve zarar vermeme ilkeleriyle de çelişmektedir. Yüksek sezaryen oranının anne ve çocukla ilgili hastalanma ve ölme riskini artırabildiği bilinmektedir (Pala, 2015: 148).

Tıp alanında kendisine müdahalede bulunulacak bireyin seçim hakkı olması her istediğinin yerine getirilmesi anlamına gelmemekle birlikte hekimin etik ilkeler çerçevesinde hasta açısından daha özenli davranması durumu ve yapılacak tıbbi müdahalenin gerekliliğini iyi değerlendirmesi gerekmektedir. Burada bahsedilen özen, hekimin hastayı aydınlatırken ve aydınlatmaya bağlı olarak onamını alırken gösterdiği özen ile bağlantılı olmakla birlikte diğer sağlık personelinin değil hekimin kendisinin müdahaleyi gerektiren nedenler, sonuçları ayrıntılı olarak anlatması, olası sorular ve düşünmesi için hastaya zaman vermesi ile mümkün olmaktadır. Sezaryen sayısında artış endikasyonların geniş tutulması, hasta isteği, önceki doğum sezaryen olması, hekim yönlendirmesi ve obstetrisyenlerce doğum zamanlaması ve süresinin belirlenebilmesinin efektif olduğu düşüncesine bağlıdır (Dölen ve Özdeğirmenci 2004: 114).

Ülkemizde hekimler bağlamında değerlendirildiğinde sezaryen uygulamasının etik olmasa da pragmatik açıdan daha çok tercih edilmesinin nedenleri uygulanan sağlık politikaları ile bağlantılıdır. Halk Sağlığı Uzmanları Derneği (HASUDER) Sağlık Politikaları ve İstihdam Çalışma Grubu'nun yayımladığı raporda, performansa dayalı ücretlendirme uygulamasının performans puanı yüksek olan uygulamalarda (anjyografi, cerrahi girişimler vb.), gereksiz yere yapılan tıbbi işlemlerde artışa yol açtığı, bununla bağlantılı olarak sağlık harcamalarında artış yaşandığı ortaya konmuştur (Halk Sağlığı Uzmanları Derneği [HASUDER], 2011). Ayrıca yine performansa dayalı ücretlendirme uygulamasının hekim-hasta arasında güven ve saygı ilişkisine zarar verdiği bunun nedeninin ise söz konusu ödeme sisteminin hekimlerin insan yaşamına, sağlığına

ve esenliğine özen göstermek sorumluluğunu zora sokmasından kaynaklandığı belirtilmektedir (TTB Uzmanlık Dernekleri Eşgüdüm Kurulu [UDEK] Çalışma Grubu, 2011).

Bu durum büyük ölçüde performansa dayalı ücretlendirmeye bağlı olarak ortaya çıkan, hekim tarafından az zamanda daha fazla hastaya bakma zorunluluğundan kaynaklanmaktadır. Ulutaş bu konuda söz konusu uygulamayla hekimlerin kişisel kazanımlarını çoğaltmak için kısa zamanda daha çok hastaya bakacaklarını daha fazla ek ödeme için mesai sonrası çalışmaya devam edeceklerini ve böylece program uygulayıcıları “toplum yararı”nın en yüksek düzeye erişeceği ön görüşünde bulunduklarını belirtmektedir (2011: 77). Ülkemizde hekimler hastalarından sorumlu olsalar da kısalan muayene süreleriyle bulundukları şartlar altında hasta haklarını suistimale zorlanmaktadır (Büken, 2003; 203).

Ülkemiz OECD ülkeleri içinde yüksek sağlık hizmeti kalitesine sahip bir ülke olarak gözükmemektedir. Bunun etik anlamda adalet ilkesinin uygulanabilirliğe ilgisi bulunmaktadır. Toplumsal açıdan fırsat eşitliği, bireylere özgürlük açısından eşit yaklaşım ve toplumsal ekonomik kurumların yararlılığı ön plana alması adalet anlayışı ile ilgilidir. Tıp alanında tıbbi kaynakların eşit ve dürüstçe dağıtımı adalet ilkesiyle bağlantılıdır. Gereksiz yere uygulanan sezaryen operasyonlarının toplumsal yarar sağlamak yerine medikal ve cerrahi tedavinin maliyetini artırarak daha fazla medikal malzeme ve personel ihtiyacı ortaya çıkarmakta, kaynakların gereksiz kullanımına neden olan bu uygulama sağlık bakımını sürdürmek için gereken kaynaklarda azalmaya neden olabilmektedir.

Çalışmamızda aydınlatılmış onam çerçevesinde yapılacak aydınlatmanın kapsamı dahilinde tanı ve uygulama, cerrahi uygulamanın riskleri, uygulamanın alternatifleri, tedavi kabul edilmediği takdirde karşılaşılabilecek sonuçlar, önceden tahmin edilmeyen durumların tedavisine onay ve anestezinin içerilip içerilmediği tartışılmıştır.

Çalışmamızda aydınlatılmayan görüşmecilerin sayının aydınlatılan görüşmecilerden fazla olduğu ortaya çıkmıştır. Tam olarak aydınlatılan ise sadece bir görüşmeci olduğu saptanmıştır.

Aydınlatma hasta haklarının önemli bir unsuru olarak karşımıza çıkmaktadır. Daha önce de belirttiğimiz üzere hasta durumu ile ilgili tıbbi bilgiler, tedavi, öngörüler, fayda ve riskler konusunda bilgilendirilmeli, hekim tarafından da bu bilgilendirme ve özerk olarak karar verebilmesi için hastaya zaman verilmesi gerekmektedir. Yılmaz aydınlatma ve kapsamı ile ilgili olarak şunu belirtmektedir: hastanın hastalığın teşhisi ve tedavisinin nasıl olacağı, uygulanacak yöntem, müdahale esnasında ve sonrasında ortaya çıkması olası komplikasyonlar, müdahalenin yarar ve sakıncaları konusunda sağlıklı karar verebilecek ölçüde hekim tarafından aydınlatmasıdır (2017: 44).

Çalışmamızda ortaya çıktığı üzere sezaryen uygulaması özelinde tanı ve işlemler, cerrahi işlem riskleri ile ilgili olarak dört görüşmeciye bilgi verilmiş, altı görüşmeci bu konularda bilgilendirilmemiştir. Yapılacak uygulamaya alternatif uygulamalar, tedavi kabul edilmediği takdirde karşılaşılabilecek sonuçlar ve önceden tahmin edilmeyen durumların tedavisine onay hususlarıyla ilgili olarak sadece iki görüşmeciye bilgi verildiği, sekiz görüşmeciye bilgi verilmediği saptanmıştır. Anestezi ile ilgili olarak üç görüşmecinin aydınlatıldığı, yedi görüşmecinin bu konuda aydınlatılmadığı görülmüştür.

Çalışmamızda yer alan beş görüşmeci (S.21.1., S.21.2., S.21.3. S.21.4. ve S.22.10 protokol numaralı görüşmeciler) aydınlatma kapsamında bulunması gereken hiçbir konuda aydınlatılmamış, bu görüşmeciler dışında kalan bir görüşmeci (S.22.5. protokol numaralı görüşmeci) hekimi tarafından sezaryen dahilinde aydınlatılmış onam kapsamında yer alması gereken herhangi bir konuda bilgilendirilmemiş sadece anestezi hekimi tarafından anestezi ile ilgili bilgi almıştır. Diğer bir görüşmeci (S.22.7. protokol numaralı görüşmeci) tanı ve işlem, cerrahi işlem riskleri ve anestezi hakkında bilgilendirilmiştir. Bu görüşmecilerle karşılaştırıldığında S.22.9. protokol numaralı

görüşmecinin açısından bilgilendirmenin kapsamının daha geniş olduğu görülmüştür. Söz konusu görüşmecinin anestezi hariç diğer konularda aydınlatıldığı bilgisine ulaşılmıştır.

Çalışmamız kapsamındaki söylemlerden ortaya çıkan aydınlatma kapsamında yer alması gereken bilgilerin gebelerin çoğuna verilmemiş olduğudur. Aydınlatılmış onam bağlamında hekimce hastanın aydınlatılması, bu yolla da hastanın uygulanacak tıbbi girişimin tehlike ile sonuçları ile ilgili olarak kapsamlı bir şekilde bilgi edinmiş olması gerekmektedir (Yılmaz, 2007: 31). Literatürde aydınlatılmış onamla ilgili yapılmış çalışmalara bakıldığında çalışmamızla benzer sonuçlar gösteren ve göstermeyen çalışmalar rastlanmıştır.

İncesu tarafından yetmiş hastanın katılımıyla gerçekleştirilen bir çalışmada hastaların %97,1'inin uygulamanın nedeni, %62,9'unun komplikasyonlar, %85,7'sinin riskler, karşılaşılabilecek sorunlar, beklenen faydalar ve uygulama sonrası hastanede kaç gün kalınacağı, %81,4'ünün uygulama yöntemi, %77,1 ameliyat sonrası dikkat edilmesi gereken hususlar konusunda bilgilendirildiği ortaya çıkmıştır (2014: 12). Bu çalışmada, bizimkiyle benzer şekilde verilen bilgilerin aydınlatmanın kapsamının tam olarak içermediği görülmekte yapılacak tıbbi müdahale çerçevesinde tedavi alternatifleri, anestezi, tedavi kabul edilmediğinde karşılaşılabilecek sonuçlar ve önceden tahmin edilmeyen durumların tedavisine onay konusunda hastalara bilgi verilmediği, aydınlatma yapılan hususlardaki oranlar yüksek gözüktüğü de aydınlatma kapsamında yer alması gereken konularda tam olarak aydınlatılmış hastaya rastlanmamaktadır.

Ertem tarafından aynı konuda gerçekleştirilen çalışmada hastaların %92,4'sinin tanı, %93,5'inin ameliyat nedeni, %58,7'sinin alternatif tedavi yöntemlerinin olup olmadığı, %71,7'sinin ameliyatın riskleri ve ciddi yan etkiler, %80,4'ünün ameliyat olmadığı takdirde karşılaşılabilecek sonuçlar konusunda bilgi verildiği; %59,8'inin müdahaleyi yapacak ekip ile tanıştığı, %77,2'sine onamın kendi iradelerine bağlı olduğunun belirtildiği, %90,2'sinin müdahale sırasında “kan ve kan ürünlerinin” verilme

olasılığı hususunda bilgilendirildiği, %66,3'ünün yoğun bakım konusunda bilgi aldığı, %81,5'ine yoğun bakım sonrası gerçekleştirilecek tedaviye dair bilgilendirme yapıldığı, %56,5'ine normal yaşamına ne zaman dönebileceği, %53,3'üne de tedavisinin, özel ve toplumsal yaşamına etkileri, %70,7'sine hastane kuralları ve rutin işlemler hakkında bilgi verildiği tespit edilmiştir (2013: 387).

Çalışmamızda multipar iki görüşmeciden biri olan S.22.8. protokol numaralı görüşmeci, sezaryen uygulamasında aydınlatılmış onamın usulüne uygun olarak alındığı, bilgilendirme süreci aydınlatma kapsamında yer alması gereken tüm unsurları içermektedir. Çalışmamız için önceki doğum hikayesi ile daha sonra deneyimlediği doğumu karşılaştırma olanağı sağlayan görüşmeci, bilgilendirmenin doğum eylemi, gebe ve kadının gerçekleştirebileceği sonraki doğumlar açısından ne kadar önemli bir faktör olduğunu anlamamıza imkân sağlamıştır. Daha önce de vurguladığımız üzere sezaryen ciddi bir cerrahi uygulamadır ve söz konusu doğum şekli için hazırlık aşamasında gebe ve aileye bilgilendirme yapılması, bilgilendirme ile bilinmeyen korkusu, belirsizlik ve anksiyetenin ortadan kaldırılmasına yardım edeceği göz önünde bulundurulmalıdır. Lin ve Xin kadınların sezaryen deneyimlerine dair hazırladıkları çalışmada, kadınların özellikle de cerrahi bir uygulama yaşamamış kadınların sezaryen ile ilgili bilgi almamış olmaları ile bilgi sahibi olmamaktan dolayı ne olacağını tahayyül edememeleri nedeniyle korku yaşadıklarını ifade etmektedir (2021: 13). Ertem tarafından gerçekleştirilen çalışmaya tekrar bakarsak bilgilendirme ve sağlık personelinin ulaşılabilir olması ile olumlu iletişimin hastaların endişe ve korkularının azalmasında etkili olduğu ortaya çıkmıştır. Bu çerçevede ameliyat konusunda endişe yaşayan hastaların %72,8'inin endişelerini paylaşmalarının kendilerinde rahatlamaya neden olduğunu, %85,9'unun endişelerini paylaşmak konusunda sağlık personelinin ulaşılabilir olduğunu belirttiği; %84,8'inin sorduğu her soruya yanıt aldığını ifade ettiği, %76,1'inin bilgilendirmenin

yeterli olduğunu ifade ettiği, %81,5'inin ise taraflarına yapılan aydınlatmadan memnun oldukları ortaya çıkmıştır (2013: 381-382).

Aydınlatma ve hekim hasta arasında kurulan ilişki tıbbi uygulamalarda olumlu sonuçlar ortaya çıkarmaktadır. Spike hastaların hekimlerin tavsiyelerine uymasının hekim-hasta arasında kurulmuş güçlü ilişkinin ve hekimin hastaya güveninin işareti olarak görüldüğünü belirtmektedir (2017: 98). Çalışmamız sezaryenle ilgili olduğu için kadınların konumlanmalarının hekim tarafından dikkate alınması da başka bir faktör olarak karşımıza çıkmaktadır. FIGO Komitesi kadınların üreme fonksiyonu ve rolü nedeniyle ortan çıkan eşsiz hassasiyetin hekimlerin yükümlülüklerini artırdığını, cinsiyet temelli olarak kadına toplumsal anlamda daha az değer atfedilmesine bağlı sosyal ayrımcılık ve kötüye kullanmanın ileride kadın sağlığını tehlikeye düşürebileceği, ailenin bakım ve sağlığı endişesinin kadınların bireysel sağlığının önüne geçip kadınların sağlık riskini arttırabileceği hususlarına değinmektedir (2011: 4).

Burada ortaya çıkan durum, Sen tarafından ortaya konulan Nussbaum ile beraberce geliştirdikleri “kapasiteler yaklaşımı”nı akla getirmektedir. Sen'in vurguladığı kapasite seti ki, sağlıklı olmak, mutlu olmak, öz saygı gibi şeyleri de kapsamaktadır, bireyin elde edebileceği işlevler olarak tanımlanmaktadır (1992: 33-39; 1999: 6-7). Nussbaum kapasiteler yaklaşımı için önemli olanın insan, onun en temel değerleri ve kapasiteleri olduğunu belirtmektedir (2006: 47). Diğer yandan insan olmanın getirdiği özel durumlara uygun nitelikleri ortaya çıkarabilme yeteneğimizin ahlakiliğinden bahsederken özgül durumun algılanışından, bilincinden yola çıkan etik bir yargıya ulaşma yolunu da göstermektedir. Kadınlar açısından özgül durumlardan yola çıkarak değerlendirildiğinde özerklik ve aydınlatmanın kadınlar için farklı bir anlam taşıdığı, özerkliğin toplumsal cinsiyet bağlamında ele alınmasının gerektiği ortaya çıkmaktadır. Eşitlik, özgürlük ve adaletin sağlanması için daha önceden bahsettiğimiz unsurların yanı

sıra anlama ve farkındalığın da olması gerekmektedir. Erkızan adaletli bir toplum için duyguların varlığının hissedilmesi gerektiğini belirtmektedir (2012: 140).

Biyoetik çerçevesinde ihtimamın hekim ve hasta ilişkisinde yerleşik hale gelmesi eşitlik, özgürlük ve adalet ile anlama ve farkındalığın çift yönlü ilişkisini besleyecektir. Aslında bu duygulardan bağımsız ve sadece rasyonel soyutlamalara dayanan bir temel yerine ilişkisel olarak tanımlanan sorgulama ve akıl yürütmede de bulunabilen özerk birey anlayışını ele almak anlamına gelmektedir. Çalışmamızda bir önceki başlıkta da ele değindiğimiz görüşmecilerden biri (S.22.6. protokol numaralı görüşmeci) sezaryen uygulaması öncesinde yapılan aydınlatmanın hekime sorduğu sorularla ilgili olarak yapıldığını belirtmiş, bu bilgilendirmenin sadece tanı ve işlem ile cerrahi işlem risklerini içerdığını ifade etmiştir.

Burada ortaya çıkan diğerk bir unsur ise görüşmecinin hekime uygulama ile ilgili soru sormaması halinde herhangi bir konuda bilgi alamayacak olmasıdır. Aydınlatma hasta tarafından talep edilsin ya da edilmesin hekimin etik ve hukuki yükümlülüğüdür. FIGO, hekim ile hasta arasındaki ilişkinin güç ve bilgi dengesizliğinin yapısı ve hastaların savunmasızlığından dolayı belirlenmiş sınırlar içinde korunması gerektiğini, hastanın özerk ve aydınlatılmış olarak karar vermede teşvikini sağlamanın da hekimin görevi olduğunu belirtirken bahsedilen sınırların ihlalinin güven ilişkisine zarar vereceği üzerinde durmaktadır (2011: 15). Her ne kadar paternalist yaklaşımın terk edilmiş olduğu ve hasta haklarında gelişme yaşandığı belirtilse de paternalist yaklaşımın etkilerinin halen bulunduğunu söylemek mümkündür.

Hasta hakları lehine yaşanan değişimde eşitsiz güç ilişkisi nedeniyle hastalar ilişkinin zayıf tarafı olarak kabul edilerek örselenebilir tarafın korunması için uluslararası ve ulusal mevzuat oluşturulmuştur. Ancak hekimin mesleğini icrası için hekim haklarının korunması gerekmektedir. Biyoetik sadece hasta haklarının değil hekim haklarının korunmasında önemli bir unsur olarak karşımıza çıkmaktadır. Örneğin özerklik hasta için

ne kadar önemli bir haksa hasta haklarına giden yollardan birinin de hekimin özerkliğinden geçtiği ifade edilmektedir (Ozar, 1995: 2110). Hekimler mesleklerini icra ederken; bilimsel olanaklardan yararlanma ve bunları uygulama, etik ilkelere bağlı olarak mesleğini uygulama, baskı altında kalmaksızın mesleğini uygulama, değerlerine ters düşen durumlardan kaçınma, mesleki risklerden kaçınarak kendi sağlığını koruma, gelir düzeyinin arttırılmasına yönelik talepte bulunma, acil yardım vakaları, resmi ya da insani vazifesi dışındaki hallerde hastayı reddetme (Tıbbi Deontoloji Tüzüğü, 1960: madde 18), çalıştığı sağlık kurumunda yönetime katılma, danışma, hastaya iyileşme garantisi vermeme (Tıbbi Deontoloji Tüzüğü, 1960: madde 13), vakıf olunan sınırlar hakkında şahitlikte bulunmama (Ceza Muhakemeleri Usulü Kanunu [CMUK], madde 48) haklarına sahiptir (Yalçın, 2011: 43).

Ülkemizde SDP çerçevesinde uygulanan performansa dayalı ücret uygulamasının hekimlerin hastalarına yeterli zaman ayırma hakkına aykırı bir düzenleme olduğu görülmektedir çünkü hekimlerin hem etik hem de hukuki açıdan hastanın tıbbi bakımını tehlikeye atacak ve sağlıklı değerlendirilmesini engelleyecek şekilde yoğun iş yükü ve zaman baskısı altına sokulmaması gerekmektedir. Örneğin “Aile Hekimliği Sözleşme ve Ödeme Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik”in (RG, 25 Ağustos 2022, S. 5988) 1’inci maddesi ile “Aile Hekimliği Sözleşme ve Ödeme Yönetmeliği”nin (RG, 30 Haziran 2021, S. 31527) 18’inci maddesinin 2’nci fıkrasının (a) bendine, (12) numaralı alt bent olarak aşağıdaki hüküm eklenmiştir:

“Aile hekimliği birimince yapılan günlük muayene sayısının; i) 41-50 arasında olması halinde tavan ücretin %10’u, ii) 51-60 arasında olması halinde tavan ücretin %21 ’i, iii) 61-75 arasında olması halinde tavan ücretin %31 ’i, iv) 76 ve üzeri olması halinde tavan ücretin %42’si oranında teşvik ödemesi yapılır...”
(Aile Hekimliği..., 2021: madde 18)

Aynı Yönetmeliğin 21’inci maddesinin 2’nci fıkrasının (a) bendine (12) numaralı alt bent olarak “Aile hekimliği birimince yapılan günlük muayene sayısının; i) 40-60

arasında olması halinde tavan ücretin % 1,5'i, ii) 61 ve üzeri arasında olması halinde tavan ücretin % 3'ü, oranında teşvik ödemesi yapılır.” (Aile Hekimliği..., 2021: madde 21) hükmü eklenmiştir. Ödemenin koşulu ise hekimin ihtar puanı alıp almamasına bağlanmıştır. Burada hasta muayene sayısının teşvik ödemesine esas kabul edilmesi ile gördüğümüz hekim haklarının, birinci basamak sağlık hizmetlerinin topluma etkin ve verimli ulaşması ile sağlık hizmeti kalitesinin göz önünde bulundurulmadığıdır. Bu çerçevede hekimin özerk olarak karar verme olanağının ve özgür bir ortamda mesleğini icra edebilme şansının da elinden alındığı görülmektedir. Çünkü hekimin mesleğini icra ederken ve karar alırken özgür ve özerk olması için zorlama, tenkit edilme, performans ölçülmesi gibi dış etkenlere maruz kalmaması gerekmektedir. Bu bağlamda uygulanan sağlık politikaları ile tıp alanında etik ilkelerin uygulanmasına bağlı kalınması arasında güçlü bir ilişki bulunmaktadır.

Son tahlilde çalışmamızda kadınlar açısından bakıldığında sezaryen uygulamalarında etik açıdan aydınlatılmış onamın usulüne uygun olarak uygulanmadığına dair deneyim yaşandığı, bunun yanı sıra kadınlara yapılan bilgilendirmenin kapsamının aydınlatılmış onam çerçevesinde yer alması gereken bütün unsurları içermediğini gösteren bulguların olduğunu söylemek doğru olacaktır. Çalışmamızda ortaya çıkan bulgular aynı zamanda aydınlatılmış onamın uygulamasında problemlerin yaşandığını, hastaların da haklarını bilseler dahi söz konusu haklarını kullanma konusunda imkân bulamadıkları hususunda bilgi sağlamıştır.

Çalışmamızda belirlediğimiz kadının aydınlatılmış onamının sezaryen uygulamalarında biyoetik açıdan ciddi bir önem taşıdığı; aydınlatılmış onamın, kadınların sezaryen konusunda karar verme süreçlerinde etkili olduğu ve ülkemizde sezaryen uygulamaları öncesi aydınlatılmış onamın usulüne uygun olarak alınması konusunda sıkıntılar mevcut olduğu hipotezlerimiz çerçevesinde gerçekleştirilen nitel çalışmada elde

ettiğimiz bulgular ayrıntılı olarak tartışılmış, değerlendirmeye tabi tutularak yorumlanmıştır.



,

8. SONUÇ

“Kadının Aydınlatılmış Onamı Bağlamında Sezaryen Uygulamaları: Biyoetik Bir Değerlendirme” konulu bu tez çalışması ile kadının aydınlatılmış onamı çerçevesinde sezaryen uygulamalarında biyoetik bir değerlendirmesi ortaya konulmuştur. Ülkemizde sezaryen uygulamasının biyoetik ilkelerle bağı irdelenerek sezaryen uygulamaları öncesi aydınlatılmış onamın usulüne uygun olarak alınmadığına dair bulgular ortaya konulmuştur.

Ülkemiz özelinde gerçekleştirilen tez çalışması bağlamında ulusal literatüre değinildiği kadar uluslararası literatüre de değinilmeye çalışılmıştır. Kadının aydınlatılmış onamının sezaryen uygulamalarında biyoetik açıdan ciddi bir öneme sahip olduğu ve aydınlatılmış onamın kadınların sezaryen konusunda karar verme süreçlerinde etkili olduğu hipotezinden yola çıkılarak kadınların deneyim aktarımları yoluyla Türkiye’de sezaryen uygulamaları öncesi aydınlatılmış onamın usulüne uygun olarak alınması konusundaki problemler ortaya konulmaya çalışılmıştır. Tıbbın bilgi alanı çerçevesinde beden üzerine düşünülüp eyleme geçildiği göz önünde bulundurularak sezaryen uygulamasının odağında bulunan kadın bedeninin, etik ve hukuki anlamda kadının insan haklarının içinde bulunulan durumdan nasıl etkilendiği ortaya konulmuştur. Bunun için önce biyoetik, biyopolitika, biyoiktidar kavramları açıklanarak kadınların üretim kapasitesinin bir iktidar tekniği olarak nasıl denetim altına alındığı, tıp alanının söylemsel olarak nasıl yeniden kurgulandığı, inşa edildiği, tıbbileşme ile değişen doğum eyleminin toplumsal cinsiyet bağlamında hangi grupları ötekileştirerek değişime uğradığı gösterilmiştir. Çalışmamız kapsamında ortaya çıkan sonuçlara paragraflar halinde aşağıda yer verilmiştir.

Kadınların doğum tercihinine etki eden en önemli faktörler bilgilendirilmiş olmaları ve etik ilkelerin doğru bir şekilde uygulanmasıdır. Tez çalışmasında kadınların sezaryen doğumu tercih etme sebeplerinden en önemlisinin doğum/ağrı korkusu olduğu sonucuna

dair bulgular elde edilmiştir. Doğum/ağrı korkusu ise kadının yeterince aydınlatılmamasından, doğum konusunda yeterli bilgi sahibi olmamasından kaynaklandığı konusunda bulgulara ulaşılmıştır. Kadınlar arası bilgi paylaşımının sezaryen doğum tercihinin ciddi oranda etki ettiği, özellikle vajinal doğuma yönelik yakın çevrede karşılaşılan olumsuz doğum hikayelerinin kadınlardaki doğum korkusunu artırarak onları sezaryen doğuma yönlendirdiği görülmüştür. Çalışmamızda olumsuz doğum hikayelerinin yanı sıra kadınların beden imajına dair paylaşımları da sezaryenin tercih edilmesine neden olan bir faktör olduğu görülmektedir. Kadınların doğum sonrası cinsel yaşantılarına dair deneyim paylaşımlarında vajinal doğumun vajinal yapının bozulması ve cinsel işlev kaybına neden olduğu şeklindeki bilgilerin, vajinal estetik uygulamalarına başvurulmasına neden olduğu, vajinal estetiği yaşadıkları olumsuzluğu düzeltebilecek en iyi çözüm olarak gördükleri görüşmecilerin söylemlerinde yer almıştır.

Çalışmada ulaşılan bir diğer unsur ise kadınların kendi bedenleri ve genital yapıları ile ilgili bilgi eksikliği, doğru olmayan inanış ve algılamaları olduğu, toplumsal açıdan da bu algılarının pekiştirildiği hususudur. Kadınların vajinal estetik gibi bir operasyonu geçirmelerinin sebebi ise kendi cinsel doyumları değil partnerlerinin cinsel doyumları kaynaklıdır. Bu noktada özellikle kadın bedeninin toplumsal algılardan çok fazla etkilendiğini tahakküm ilişkilerinin denetimi altında tekrar tekrar üretilip ve söylemsel olarak yeniden kurulduğunu söylemek mümkündür. İktidar ilişkileri içinde bedenin daha çok da kadın bedeninin kontrol altında tutulmaya çalışıldığı alanın cinsellik olduğu görülmektedir.

Kadınların sezaryen tercihlerini etkileyen önemli bir etmen de hekim yönlendirmesidir. Çalışmada kadınların vajinal doğumu tercih etmek istedikleri ancak endikasyona bağlı olarak hekim yönlendirmesi sebebiyle sezaryen doğum yaptıkları bilgisine ulaşılmıştır. Bu bağlamda sezaryen sıklığının artmasının sağlığın tıbbileşmesi ile ciddi şekilde bağlantılı olduğuna dair bulgular mevcuttur. Tıbbi olanakların ve

teknolojinin gelişmesiyle paralel olarak endikasyon skalası genişlemiş, endikasyon olmayan durumlar dahi endikasyon olarak tanımlanmaya başlamıştır. Çalışmamızda sezaryen doğumun bir tercih değil endikasyon sonucu bir zorunluluk olarak uygulandığına dair bilgilere ulaşılmıştır. Kadınları ve hekimleri sezaryen doğuma yönelten koşullar arasında endikasyon önemli bir yere sahiptir. Ancak hangi endikasyonların sezaryen uygulamasını zorunlu kıldığı hangi endikasyonlarda sezaryenin zorunlu bir sonuç olmadığına hekim tarafından titizlikle karar verilmesi buradaki en önemli noktadır. Diğer yönden kadınların sezaryen doğuma yönlendirilmesinde ilk doğumun sezaryen ile gerçekleştirilmiş olmasının da sezaryen doğumları artıran ciddi bir faktör olduğu görülmüştür. Sonuç olarak ortaya çıkan doğum eyleminin güvenli olması istenirken doğum sırasında gerçekleşen müdahalenin artmış olduğudur. Doğumun doğal bir süreç olmaktan çıkıp aşırı derecede tıbbileştirilmesi de endikasyon sonucu gerçekleşen doğumların artmasına neden olmuştur. Tıbbileşme ile gebe hasta konumuna gelirken doğum da riskli bir eylem olarak tanımlanmaya başlanmıştır. Doğum alanında tıbbileşmenin artışı ile doğumun algılanma biçimi de değişmiş, endişe verici, ağırlı, korkutucu ve tedavi edilmeye muhtaç bir eylem olarak kodlanmış, kadınlarda doğum eyleminde daha çok tıbbi müdahale istemi yaratmıştır, tıbbileşme ve doğumda müdahale birbirini beslemiştir.

Çalışmamızda ulaşıldığı üzere tıbbileşme çerçevesinde geliştirilen söylemler ve risk tanımlamalarının artması kadınların vajinal doğum yerine sezaryen doğumun daha güvenilir ve rahat olduğunun düşünmesine yol açmıştır. Bunun kadına yüklenen toplumsal rollerin uzantısı olduğunu görmek gerekmektedir. Toplumsal cinsiyet açısından kadınlık, üreme ile ilişkilendirilerek annelik rolünün içselleştirilmesine neden olmakta, söz konusu içselleştirme kadınların deneyimlerini anlam yükü açısından etkilemektedir. Söylemsel olarak inşa edilen annelik kültü ile gebe olan kadınların kendi bedenlerinden ya da sağlıklarından çok dünyaya getirecekleri canlının bedeni ve

sağlığıyla ilgili endişeye kapıldıkları görülmüştür. Bu durum toplumsal anlamda anneye rağmen çocuk söyleminin hala geçerli olduğunu göstermektedir.

Tez çalışması kadınların sezaryen doğuma dair deneyimlerine de ışık tutmuştur. Sezaryen doğum şeklini rahat ve sağlıklı bulan kadınlar doğum sonrası sürecin kolay olmadığı ve iyileşme sürecinin zaman aldığına dair olumsuz düşüncelere sahip oldukları görülmüştür. Kadınların SSVD doğum fikrini ciddi anlamda destekleri sonraki doğumlarında eğer tıbbi bir olumsuzlukla karşılaşmazlarsa vajinal doğum yapmak istediklerine dair bulgulara ulaşılmıştır. Kadınların sezaryene dair yaşadığı olumsuz duygular pişmanlık, korku, hazır hissetmeme olarak belirlenmiştir. Kadınların sezaryen doğum yapmak zorunda kalmaları kendilerinde hayal kırıklığı yaratmış, doğumun doğal şeklini deneyimlemek istediklerini ancak sezaryene alınmalarıyla bu deneyimi yaşayamadıklarından dolayı üzüntü duydukları ortaya çıkmıştır.

Doğum deneyiminin olumlu ya da olumsuz olarak değerlendirilmesi hekim faktörü ile kadının doğum konusunda ne kadar bilgilendiğine bağlı olarak değiştiği görülmüştür. Tez çalışmamızda hekim ile sağlıklı iletişim kurmanın ve yeterince bilgilendirilmenin kadınların doğum deneyimlerini olumlu etkilediği konusunda bulgular mevcuttur. Ayrıca doğum konusunda yaşanan korku ile doğumun olumsuz bir deneyim olarak kodlanmasının temelinde bilgisizlik ve belirsizlik olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu durumla bağlantılı olarak doğum deneyimi açısından kadınları en fazla etkileyen diğer bir faktör kadının ne kadar desteklenip desteklenmediğidir. Kadınların bireysel özelliklerinin yanı sıra kültürün ve toplumun kadına dolayısıyla doğuma yüklediği değer doğum algısına etki etmektedir. Sezaryen doğum yapan kadınların toplumsal/çevresel olarak “iyi/gerçek anne olamama” hususunda baskı gördükleri ortaya çıkmış, yenidoğan ile ilgili yaşanan olumsuzlukların özellikle aileleri tarafından sezaryen doğuma bağlandığı bilgisine de ulaşılmıştır.

Çalışmada kadınların doğuma dair bilgi kaynaklarının neler olduğu bilgisine ulaşılmış, kadınların tek bir kaynaktan değil çeşitli kaynaklardan bilgi edindikleri bunların içinde sosyal çevre ve sağlık personelinin de olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Ortaya çıkan başka bir sonuç ise kadınlardaki doğum korkusunun doğum konusunda bilgi sahibi olmayı istememeye neden olduğudur. Ancak ilginç olan şudur ki doğum korkusunun azaltılmasının, endişe ve belirsizliğin giderilebilmesinin, kadının doğum üzerinde daha fazla kontrol sağlamasının yolu doğum konusunda yeterli derecede bilgi sahibi olmaktan geçmektedir.

Çalışmamızın önemli bir uğrağı kadının kararının doğum şeklinde ne kadar etkili olup olmadığının araştırılması olmuştur. Çalışmamızda doğum şekli kararının hekim ve gebenin ortak kararı olması gerektiği özellikle risk faktörünün etkili olduğu durumlarda gebe rızası ile hekimin doğum şekline karar vermesi gerektiği, hekimin karar vermesini etkileyen en önemli unsurun tıbbi koşullar olduğu görülmüştür. Tıbbi koşulların olumlu olduğu durumda ise kararın büyük oranda kadına bırakılması gerektiği sonucuna ulaşılmıştır. Ancak tez çalışmasında düşük bir oranda doğum şekli konusunda kararın hekime bırakılması gerektiğinin ifade edildiğini söylemek gerekmektedir. Bunun nedeni olarak ise doğum hususunda kadınların kendilerini yeterince bilgi sahibi olarak görmemeleri, ilk kez gebelik yaşayan kadınların doğum eylemine dair hissettikleri belirsizlik ve bilinmezlik ile hekim ve diğer sağlık personeli tarafından doğum konusunda yeterli derecede bilgilendirilmemelerinden kaynaklandığına dair bulgulara ulaşılmıştır. Bunun bağlantılı olduğu etmenler de tıp mesleğinin tartışma götürmez bir şekilde uzmanlık alanı olarak kodlanması ve sağlığın medikalize edilmesiyle ilgilidir. Teknoloji ve neoliberal politikaların sağlık sistemine uyarlanmasıyla iktidarın toplumsal düzenleme gücü daha da artmış, öncü söylem tıbbileşme olmuştur.

Biyoiktidar bağlamında değerlendirildiğinde bir uzmanlık alanı olarak tıbbın gücü artarken bireyin bedeni ve yaşamı daha fazla denetim altına alınmaktadır. İktidar

mekanizmasının ne fazla etkilediği beden ise üreme kapasitesi nedeniyle kuşkusuz kadın bedenidir. Toplumsal cinsiyet bağlamında değerlendirildiğinde tıbbileşmenin kadın bedeni ile erkek bedeni üzerindeki işlerliğinin de farklı şekillerde tezahür ettiği görülmüş, kadın bedeni ile erkek bedeninin tıbbi anlamda farklı şekilde konumlandığı ve bunun nedeninin kadın bedeninin tahakküm nesnesi olarak kodlanmasından kaynaklandığı görülmüştür. Doğum şekli konusunda seçim hakkının hekime bırakılması ve hekimin hastadan daha üstün olduğu anlayışı hasta haklarındaki gelişmelere rağmen tıp alanında hala paternalist bakış açısının yaygın olduğu, toplumsal açıdan da bu durumun içselleştirildiği sonucunu ortaya çıkarabilmektedir.

Türkiye’deki sezaryen uygulamaları çerçevesinde biyoetik bir değerlendirilme gerçekleştirilmesi bu çalışmanın temel hedefleri arasında bulunmaktadır. Ülkemizde sezaryen uygulamaları öncesi aydınlatılmış onamın etik açıdan usulüne uygun olarak alınıp alınmadığı incelenmiş, aydınlatılmış onamın etik açıdan usulüne uygun olarak uygulanmadığı ayrıca kadınlara yapılan bilgilendirmenin kapsamının aydınlatılmış onamda yer alması gereken tüm unsurları içermediği görülmüştür. Kadınların, hakları konusunda farkındalığa sahip olduğu ancak bu farkındalığı aktif bir şekilde kullanma imkânı bulamadıkları, yeterliliğe sahip görüşmecilerin çoğundan yazılı onam alınmadığı bu durumun hem etik hem de yasal sorunların varlığına işaret ettiğine dair bulgulara ulaşılmıştır. Tez çalışmasında yazılı ve sözlü olarak tam ve usulüne uygun olarak aydınlatılmış onamın temel bileşenlerini içerecek şekilde bilgilendirilen sadece bir görüşmeci olduğunu belirtmek gerekmektedir.

Çalışmamızda yazılı ve sözlü usul izlendiğinden bahsedilse dahi sezaryen konusunda ayrıntılı olarak bilgilendirilme yapılmadığı, yapılan bilgilendirmenin kapsamının kadının özerk olarak karar vermesine yeterli olamayacağı, imzalanan formların uygulama esasları hususunda yeterince açıklayıcı olmadığına dair bilgilere ulaşılmıştır. Oysaki aydınlatma çerçevesinde verilecek bilginin kapsamı içinde tanı,

tedavi, tedavinin alternatifleri, tedavinin başarı şansı ve süresi, tedavinin yan etkileri ve sonuçları varsa tehlikeleri, tedavi yapılmaması halinde karşılaşılabilecek sonuçlar yer almalı, hekimin bu bilgileri hastanın anlayabileceği şekilde anlatması gerekmektedir. Tez çalışmasında ayrıca kadınların çoğunun ya hiçbir sağlık personeli tarafından aydınlatılmadığı ya da yardımcı sağlık personeli tarafından kısmi bilgiler aldıkları bilgisine ulaşılmıştır. Değinilmesi gereken bir başka nokta hekim tarafından aydınlatılmayıp doğum konusunda hekimden bilgi talep edilmesi durumunun da söz konusu olmasıdır. Hasta bilgi istemediği takdirde de hekimin hastayı aydınlatma görevi olduğunun göz önünde bulundurulması gerekmektedir.

Bu tez çalışmamızda ortaya çıkan sonuçlardan biri de sezaryen uygulamasının yararlılık, zarar vermeme ve adalet ilkelerine uygunluğu, sezaryen öncesi kadının uygulanma nedeni, yararları, zararları, riskleri ile ilgili yeterince ve sürekli olarak bilgilendirilip bilgilendirilmediği, sezaryen kararının hekimin paternalist tutumu sonucu uygulanıp uygulanmadığı, toplumsal bakımdan gerçekten ihtiyacı olan kadınların sağlık hakkının engellenip engellenmediği, bireyler arasında eşitsizliğe neden olup olmadığı açısından değerlendirilme yapılmasının sağlanmasıdır. Etik açıdan adalet anlayışı ile bağlantılı olmak üzere toplumsal açıdan fırsat eşitliği, bireylere özgürlük açısından eşit yaklaşım ve toplumsal ekonomik kurumların yararlılığı ön plana çıkarılmasıdır. Sezaryen operasyonlarının artması ise toplumsal yarar sağlamak yerine medikal ve cerrahi tedavinin maliyetini artırarak daha fazla medikal malzeme ve personel ihtiyacı ortaya çıkarmakta, tıp alanında tıbbi kaynakların eşit ve dürüstçe dağıtımını engellemekte, kaynakların gereksiz kullanımına neden olmakta, sağlık bakımını sürdürmek için gereken kaynaklarda azaltmaktadır.

Çalışmamızda ilk doğumunu sezaryen ile gerçekleştiren kadınlara endikasyon olmaksızın hekim kararıyla sezaryen doğum uygulandığı bilgisine ulaşılmıştır. Hekimler etik açıdan tıbbi gerekçe olmaması durumunda sezaryen doğumu önermemelidir.

Sezaryenin endikasyon olmaması durumunda uygulaması etik açıdan uygun olmamakla birlikte yararlılık, zarar vermeme, özerklik ve adalet ilkeleri ile çelişmektedir. Etik açıdan kadınlar vajinal doğum isteğinde bulunmalarına rağmen kadınların kararına saygı gösterilmediği, kişilik haklarından dolayı kendi geleceklerini belirleme gibi temel hakkın engellendiğine dair bulgulara ulaşılmıştır. Tıbbi açıdan etik bir sorumluluk olan özerkliğe saygı ilkesine uyulmaması hastanın seçimlerini baskı ve etki altında kalmadan özgürce yani gönüllü bir şekilde yapabilmesini imkânsız hale getirmektedir. Tıp alanındaki uygulamalarda bireyin, çalışmamız özelinde de kadının, özerk bir varlık olarak davranması, kararlarını özgür bir şekilde alabilmesi aydınlatılmış olması bir gerekliliktir.

Çalışmamızda ulaşılan bilgiler ile ortaya konulabilecek etik sorun, kadının hem kararını özerk olarak alamaması hem de kararını gerektiği şekilde verememesidir. Sezaryen uygulamasının herhangi bir endikasyona dayanmayarak kadının vajinal doğum yapabileceği koşulda uygulanması yarar ve zarar dengesi açısından incelendiğinde sezaryenin normal doğuma göre daha yüksek risk taşıması, kadın ve fetüsün yarar durumunu azaltması sebebiyle yararlılık ve zarar vermeme ilkeleriyle de çelişmektedir. Bu tez çalışmasında çoğu kadın için özerk olarak onam vermenin koşulu olan bilgilendirme şartının sağlanmadığı, bilgilendirmenin olmaması ise özerklik unsurunu, kadının gönüllü olarak onam vermesini sakatlayan bir durum olarak göze çarpmaktadır. Sağlık bakımı hakkı çerçevesinde ele alındığında, kadınların kendi kararlarını ne ölçüde özgür olarak verebildikleri, bu konuda oynamaları gereken rolü baskı altında kalmadan oynamaları özerklik ile doğrudan alakalıdır.

Bu çerçevede dikkate alınması gereken kadınların toplumsal düzlemde karşılaştıkları sorunların, biyolojik cinsiyete toplumsal bir inşa olan belirli rollerin, algıların ya da anlamların yüklenmesiyle oluşan toplumsal cinsiyet ilişkileri yumağından kaynaklandığıdır. Kadınların bireysel etmenlerden olduğu kadar toplumun yapısına bağlı etmenlerden diğer toplumdaki diğer gruplardan daha fazla etkilenebildiği göz önünde

bulundurulmalıdır. Kadınlar açısından özgül durumlardan yola çıkarak değerlendirildiğinde özerklik ve aydınlatmanın kadınlar için farklı bir anlam taşıdığı, özerkliğin toplumsal cinsiyet bağlamında ele alınmasının gerektiği ortaya çıkmaktadır. Eşitlik, özgürlük ve adaletin sağlanması için etiğe önem verilmesinin yanı sıra ihtimam, anlama ve farkındalığın da olması gerekmektedir. Savunmasızlık, özerklik ile bağlantılı olması nedeniyle hekim tarafından da dikkate alınması gerekmektedir.

Çalışmamızda aydınlatılmış onam bağlamında ortaya koyduğumuz bir diğer unsur sağlık personeliyle olumlu ve tatmin edici bir ilişki kuran kadınların bilgilendirme sonucunda kendilerini rahat hissettikleri, güven duygusuna sahip oldukları ve doğum süreçlerinin olumlu etkilediği olmuştur. Sağlık personeli tarafından yapılan bilgilendirme ile sağlanan desteğin tıbbi müdahaleye daha az ihtiyaç duyma, daha olumlu doğum deneyimi ve yüksek düzeyde memnuniyet sonucunu doğurduğu görülmüştür. Başka bir şekilde söylemek gerekirse doğum deneyimi açısından kadınların karar verme sürecine katılım sağlaması önemli bir unsur olarak karşımıza çıkmaktadır.

Doğum deneyiminin olumsuz olarak algılanmasında ise olumsuz iletişim ve bilgi eksikliğinin ciddi etkisi bulunduğu kadında doğum sonrası dönemde yaşanabilecek depresyon, posttravmatik stres bozukluğu, doğum korkusu ve sonraki doğumlarda korkuya bağlı sezaryen isteği, cinsel sıkıntılar, kadında bebekle yaşayacağı bağlanma sorunlarının ortaya çıkabileceği görülmüştür. Çalışmamızdaki söylemlerden ulaşılan bir başka sonuç aydınlatmayı yapacak sağlık personelinin kim olması gerektiğine dair sıkıntıların da mevcut olduğudur. Aydınlatma müdahaleyi gerçekleştirecek hekimin sorumluluğunda olmasına rağmen onam sürecinde hekimin aydınlatma konusunda yeterli derecede rol almadığı, onamı imzalatma işleminde daha çok yardımcı sağlık personelinin rol oynadığı, kadınların yazılı onam belgesinin okuyup anlamaları için yeterli süreye sahip olmadığı ve tıbbi müdahale ya da onam ile ilgili soru sorabilmek için fırsat bulamadığı doğrultusunda bulgulara ulaşılmıştır.

Ülkemizde sezaryen uygulanma oranı çok yüksektir. Sezaryen doğum vajinal doğuma bir alternatif olarak görülmemelidir. Etik açıdan değerlendirildiğinde tıbbi gerekçe olmadan sezaryen uygulanması etik ilkelerle tezat teşkil etmektedir. Aynı zamanda sezaryen uygulaması öncesinde aydınlatılmış onamın usulüne uygun olarak alınmaması da etik değildir. Tezimizde sezaryen uygulaması ve aydınlatılmış onam uygulamasında etik ihlaller yaşanmasında 2003 sonrası Türkiye’de uygulanmaya başlayan SDP ve söz konusu program çerçevesinde uygulamaya konulan performansa dayalı ek ücret uygulamasının ciddi şekilde etkili olduğu görülmüştür. Hekimlik mesleğinin tıbbi etik kurallarına bağlı kalarak sürdürülmesi ülkede uygulanan sağlık politikası ile yakından ilişkilidir. Ülkemizdeki hekimler bağlamında değerlendirildiğinde sezaryen uygulamasının etik olmasa da pragmatik açıdan daha çok tercih edilmesinin nedenleri uygulanan sağlık politikaları ile bağlantılıdır. SDP sadece sezaryen değil, diğer tıbbi müdahale oranlarında da artışa neden olmuştur. Hastaneler serbest piyasa koşullarında işleyen esnek üretim tarzını uygulayan işletmeler halini almış, hasta müşteri, hekim sadece ücretli bir çalışana dönüştürülmüştür. Sağlığın piyasalaşmasını besleyen en önemli söylem, tıbbileşme söylemi olmuş, artık sağlıkta yaşanan en küçük değişim tedavi talebi yaratmış, kısıktırılmış teşhis/tedavi ile değişen sağlık politikalarıyla sağlık hizmetlerinin kullanımı artmıştır.

Tıp alanında uygulanan tedavinin niteliğinden çok niceliği dikkate alınırken yapılacak müdahalelerin hastanın yararına olup olmadığı aranan bir ölçüt olmaktan çıkmıştır. Sezaryen özelinde hastane performans göstergeleri içinde sezaryen oranı hem izlenmesi gereken performans ölçütü hem de kalite göstergesi olarak yer almaya başlamıştır. Hekim de bu sistemde performansa dayalı ücretlendirmeye bağlı olarak az zamanda daha fazla hastaya bakma zorunluluğu içinde kalmıştır. SDP ile ortaya çıkan sağlık alanındaki özelleştirme, arz-talep, kar-zarar, maksimum fayda (sağlık kurumları açısından), marjinal tasarruf eğilimi ile sağlık alanı, piyasa ilişkileri içinde daha fazla yer

almaya başlamış aynı oranda da insani ilişkiler, etik değerler alanı ile insancıl olma özelliğinden uzaklaşmıştır. Aslında hekimin mesleğini icrası için hekim haklarının korunması gerekmektedir. Ancak bu sistem içinde hekimlerin, haklarında iyileştirmeden ziyade hak kaybına uğradığını söylemek mümkündür. Tıp etiği sadece hasta haklarının değil hekim haklarının korunmasında önemli bir unsur olarak karşımıza çıkmaktadır. Çünkü hekimin mesleğini icra ederken ve karar alırken özgür ve özerk olması için zorlama, tenkit edilme, performans ölçülmesi gibi dış etkenlere maruz kalmaması gerekmektedir. Bu bağlamda uygulanan sağlık politikaları ile tıp alanında etik ilkelere bağlı kalınması arasında güçlü bir ilişki bulunmaktadır. Çalışmamız çerçevesinde ulaşılan sonuçlar doğrultusunda, çalışma konusuyla ilişkili bazı öneriler aşağıda sunulmuştur:

- Sağlık personeline yönelik biyoetik eğitiminin artırılması ve daha etkili hale getirilmesi,
- Etik açıdan doğum eylemi çerçevesinde kadınların haklarının göz önünde bulundurularak beklentilerinin karşılanması,
- Doğum bağlamındaki yanlış inanış ve uygulamaların bilimsel kanıtlar çerçevesinde tartışılması, edinilen bilgilerin doğru şekilde uygulaması,
- Etik ihlallerin önüne geçmek ve etik ilkeler doğrultusunda karar alabilmek için sezaryen doğuma karar vermeden önce sağlık personelinin mevcut durumu etik ilkeler (adalet, eşitlik, özerklik, yarar sağlama, zarar vermeme) doğrultusunda analiz etmesi,
- Vajinal doğuma yönelik olumlu tutum geliştirilmesinin sağlanması,
- Doğumda uygulanan tıbbi müdahalenin azaltılması, tıbbi uygulamaların etik sorumluluk çerçevesinde rutin olarak değil gerekli koşullarda uygulanmasının sağlanması gerekmektedir.
- Oksitosin kullanımı ile ilgili olarak profilaktik ve terapötik oksitosin dozlarıyla ilgili bir protokol oluşturulması,

- Doğum şekline karar vermenin insan hakları ve özerklik ilkesi çerçevesinde kadının hakkı olduğu, kadının kendi bedeni üzerinde söz sahibi olduğunun göz önünde bulundurulması ancak karar sürecinde sezaryen ya da vajinal doğumun hem anne hem de fetüs için sağlayacağı faydalar, kısa ve uzun dönemde getireceği risklerin göz önünde bulundurulması,
- Sezaryen doğumların azaltılması için kadının bilgilendirilmesi ile kadınların gebelik ve doğum sürecinde desteklenmesinin etkili olduğu, uygun olgularda sezaryen sonrasında yapılacak doğumlarda kadınların vajinal doğuma yönlendirilmesi,
- Kadınların gebelik ve doğum sürecinde fizyolojik ve psikolojik olarak dengelerini sürdürebilmeleri için çevreleri ve sağlık personeli tarafından desteklenmeleri,
- Kadınların gebelik ve doğum sürecinde aldığı bakım, tam ve doğru şekilde aydınlatılması, seçeneklerden haberdar olması, kararlara katılımı, özerk olarak seçim yapma hakkını kullanabilmesi ile sağlık personeli ile kurduğu olumlu ilişkinin kadının doğum algısını olumlu yönde etkilediğinin göz önünde bulundurulması,
- Kadınların sezaryen öncesi aydınlatılmış onamı alınırken yapılacak bilgilendirmenin kadının kişisel, kültürel, toplumsal ve psikolojik özelliklerine uygun olmasına dikkat edilmesi, hekim tarafından savunmasızlık unsurunun göz önünde bulundurulması, ihtimam etiği çerçevesinde kadına yaklaşılarak tikel olaylara özel çözüm yolları üretilebilmesi,
- Kadınların doğum eyleminden beklentilerinin iyi tahlil edilmesi, kadınların gebeliğinin uzun bir süreç olduğu göz önünde bulundurularak kadının doğum yöntemi hangisi olursa olsun hazırlıklı olmasının sağlanması, doğum öncesine bırakılmayan gebelik süreci boyunca yapılacak bilgilendirmenin her iki doğum şeklinin risk, fayda, zarar, alternatifler, karşılaşılabilecek acil durumlar ile olası veyahut nadir karşılaşılabilecek durumlar, bu durumlarda gebenin karşı karşıya kalabileceği tıbbi

müdahaleleri içermesinin hekim ve kadın açısından karşılaşılabilecek tüm olasılıklara hazırlıklı olunmasını sağlayacağını değerlendirilmesi,

- Kadınların kendi genital yapıları ile doğum şekli ve kadınlardaki cinsel işlev arasında bir ilişki olmadığı, cinsel tatmin açısından genital estetik cerrahiyi destekleyen çok az kanıt olduğunu hakkında bilgilendirilmesi,

- Kadınların genital estetik cerrahinin tıbbi olarak endike olmadığı, güvenliği ve etkinliği hakkında yeterli kanıt bulunmadığı, genital estetik cerrahinin etkinliğini destekleyen verilerin eksikliği, yaşanacak potansiyel komplikasyonlar, riskler ve olumlu etkiler konusunda bilgilendirilmesi,

- Doğal bir süreç olan doğumun medikalize edilmesinin kadınlar üzerinde gereksiz teşhis ve tedavi girişimlerinin yapılmasına, kadınların kendi bedenleri üzerindeki denetimlerinin ellerinden alınmasına neden olduğu unutulmayarak artan teşhis ve tedavi talebinin önüne geçilmesinin sağlanması,

- Organ nakilleri gibi durumlar istisna olmak üzere mevzuatta aydınlatılmış onamın alınmasıyla ilgili genel ve özel olarak bir geçerlilik şekil şartı öngörülmemiştir. Bu çerçevede Bilgilendirilmiş Rıza Yönetmeliği'nin düzenlenerek hayata geçirilmesi, sözlü olarak yapılacak aydınlatma için uygun bir yol haritası belirlenerek tikel durumlar için alternatif yöntemler belirlenmesi,

- Hasta hakları çerçevesinde hekim-hasta arasındaki eşitsiz güç ilişkisi nedeniyle hastalar ilişkinin zayıf tarafı olarak kabul edilerek örselenebilir tarafın korunması için uluslararası ve ulusal mevzuat oluşturulmasına rağmen hekim hakları üzerine yeterli mevzuatın oluşturulmadığının dikkat çekici olduğu, hekimin mesleğini icrası için hekim haklarının korunmasının da gerektiği dikkate alınarak hekim haklarında düzenlemelerin yapılması,

- Türkiye'de uygulamaya konulan SDP'nin, diğer bir değişle sağlığın piyasalaştırılmasına yönelik eğilimleri içeren reformların, söz konusu reformlar içinde

yer alan performansa göre ücretlendirme uygulamasının yapıcı sonuçlardan çok yıkıcı sonuçlar ortaya çıkardığı, performansın yarattığı içsel ve dışsal baskının, hekimler arasında rekabeti artırarak hekimleri etik sorumlulukları ve meslek ilkelerinden uzaklaştırdığının dikkate alınarak SDP ve bu bağlamda uygulanan performansa dayalı ücret uygulamalarından vaz geçilmesi,

- Tıp alanında hızlı piyasalaşma sonucu ciddi etik sorunların ortaya çıktığı, sağlık hizmeti sunan kuruluşlarının ekonomik hedefleri ile hekimlerin tercihlerinin çeliştiği, tıbbi avantajı olmayan müdahaleleri yerine getirmek için zorlandıkları, etik ikilemlerin ortaya çıktığı göz önünde bulundurularak etik ikilemlerin olmadığı çalışma ve sağlık hizmetinin sunulduğu koşulların sağlanması gerekmektedir.

KAYNAKÇA

- Abalı Çetin, S., (2016), “Doğum Sonrası Cinsellik”, **Türkiye Klinikleri J Obstet Womens Health Dis Nurs-Special Topics**, C. 2, S. 1, s. 35-41.
- Abdool, Z., Thakar, R., ve Sultan, A.H., (2009), “Postpartum female sexual function”, **European Journeal of Obstetric & Gynecology and Repraductive Biology**, Vol. 145, no. 2, s. 133-137.
- Acar, Z., (2008), **Doğum Sonrası Dönemdeki Kadınların Cinsel İşlevleri ve Etkileyen Faktörler**, Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi.
- ACOG (1998), Vaginal Birth After Previous Cesarean Delivery, **ACOG Practice Bulletin**, no. 2, Washington DC.
- ACOG (2006), “Episiotomy Practice Bulletin”, **Obstetrics & Gynecology**, Vol. 71, S. 107, s. 957-962.
- ACOG (2020), Elective Female Genital Cosmetic Surgery, **Obstetrics & Gynecology**, Vol. 135, no. 1, s. 36-42. DOI: 10.1097/AOG.00000000000003616.
- Active Citizenship Network (2002), European Charter of Patients’ Rights, <https://www.eesc.europa.eu/sites/default/files/resources/docs/085-private-act.pdf>, (Son erişim tarihi: 19.01.2023).
- Adams, E.D., ve Bianchi, A.L., (2008), “A practical approach to labor support”, **JOGNN**, Vol. 37, s. 106-115.
- Addis, I.B., (2008), “Social impact of urinary incontinence and pelvic flor dysfunction”, **Female Urology** içinde, ed. Sholomo Raz ve Larissa V. Rodriguez, Philadelphia: Sunders Elsevier.
- Adıgüzel, S., (2014), “Hekimin Aydınlatma Yükümlülüğü”, **TAAD**, C. 5, S. 19, s. 943-995.
- Aile Hekimliği Sözleşme ve Ödeme Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik (2022), **T. C. Resmî Gazete**, 31934, (25.08.2022), <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2022/08/20220825-18.pdf>, (Son erişim tarihi: 28.11.2022).

- Akhan, S.E., (2009), “Pelvis taban patolojileri ve kadın cinselliğine etkisi”, **Türkiye Klinikleri Gynecology Obstetrics Special Topics**, C. 2, S. 2, s. 77-85.
- Akın, A., Üner, S., Altan Arslan, Ş., vd., (2008), **Facts Related Women's Status and Health**, Ankara: T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü.
- Akkaya, H., Bedir Fındık, R., Gökhan Turmuş, E., vd., (2018), “Mekonyumla boyalı amnionun peripartum etkileri ve perinatal sonuçlarla ilişkisi”, **Ortadogu Medical Journal**, C. 10, S. 3, s. 274-278.
- Aksakal, T., ve Bilgili, N., (2008), “Hemşirelik Hizmetlerinden Memnuniyetin Değerlendirilmesi; Jinekoloji Servisi Örneği”, **Erciyes Tıp Dergisi**, C. 30, S. 4, s. 242-249.
- Aksoy, A.N., (2015), “Doğum Korkusu: Literatür Değerlendirmesi”, **Ordu Tıp Dergisi**, C. 2, s. 161-165.
- Akşit, E.E., (2009), “Haydi Kızlar Okula: Kızların Eğitimi, Kadınların Bilgisi ve Kamusal Alan Tartışmaları”, **Toplum ve Bilim**, S. 114, s. 7-26.
- Aktaş, D., ve Gönenç M.İ., (2011), “Sezaryen ve Etik”, **Türkiye Klinikleri J Med Ethics**, C. 19, S. 3, s. 186-195.
- Aktaş, S., (2015), “Doğumdaki Ebe Sayısı ve Ebelerin Memnuniyet Düzeyi ile Annelerin Doğum Memnuniyeti Arasında Bir İlişki Var mı?”, **JinekoloObstet Neonatol Tıp Dergisi**, C. 1, S. 1, s. 5-6.
- Akyıldız, S., (2010), Kısırlaştırma Operasyonlarında hekimin Aydınlatma Yükümlülüğü, III. Sağlık Hukuku Kurultayı Kitabı, s. 12-26.
- Akyüz, E.O., (2009), **Doğum Sonrası Cinsel Sorunlar ve Etkileyen Etmenlerin İncelenmesi**, Yüksek Lisans Tezi, Adnan Menderes Üniversitesi.
- Albers, L.L., Sedler, K.D., Bedrick, vd., (2006), “Factors related to geniteal tracttrauma in normal spontaneous vaginal births”, **Birt**, Vol. 33, no. 2, s. 94-100.
- Al-Müfti, R., McCarthy, A., ve Fisk, N.M., (1996), “Obstetricians’ Personal Choice and Mode of Delivery”, **Lancet**, Vol. 347, no. 9000, s.544.

- Alnuaimi, K., ve Almalik, M., (2020), “Sexual Educational Needs of Jordanian Women After Giving Birth”, **Birth**, Vol. 48, no. 1, s. 52-60.
- Altay, A., (2007), “Sağlık Hizmetlerinin Sunumunda Yeni Açılımlar ve Türkiye Açısından Değerlendirilmesi”, **Sayıştay Dergisi**, C. 64, s. 33-58.
- Altuntaş, N., Doğanay, G., Köseoğlu, Ş., vd., (2015), “Biyoetik Feminizm ve Kadının Bedeni”, **Türkiye Klinikleri J Public Health-Special Topics**, C. 1, S. 1, s. 6-13.
- Altuntuğ, K., ve Ege, E., (2012), “Doğum sonu yaşam kalitesi ölçeği’nin Türkçe uyarlamasının geçerlik ve güvenirliği”, **Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi**, Vol. 15, no. 39, s. 214-222.
- Amerikan Psikiyatri Birliği (2013), **Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı**, çeviren: Ertuğrul Köroğlu, Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Amiri, N., Ahmadi, H., ve Bakouei, F., (2007), “Assessment of sexual function during breastfeeding and its related factors in primiparous women referred to Babol health centers (2005-2006)”, **Journal of Babol University OF Medical Sciences**, Vol. 9, no. 4, s. 52-58.
- Andorno, R., (2009), “Human Dignity and Human Rights as a Common Ground for a Global Bioethics”, **The Journal of Medicine and Philosophy**, Vol. 34, s. 223-240.
- Andrews, W.C., (2000), “Approaches to taking a sexual history”, **JWomens Health Gend Based Med**, Vol. 1, s. 21-24.
- Annas, G.J., (1978), Patients’ Rights Movement, **Encyclopedia of Bioethics** içinde, ed. W. T. Reich, New York: The Free Press, s. 1201-1203.
- Annas, G.J., (1998), “A National Bill of Patients’ Rights”, **The New England Journal of Medicine**, Vol. 338, no. 10, s. 695-700.
- Applbaum, K., (2011), “Sağlıkta Küresel Pazarlama: İlaç Entrikaları”, **Kapitalizmde Sağlık Sağlıksızlık Semptomları** içinde, çeviren: Umut Haskan, İstanbul: Yordam Kitap.

- Arda, A., ve Arda, B., (2017), “Autonomy of woman in the light of legislation on pregnancy termination in Turkey”, **Feminism; Past, Present and Future Perspectives** içinde, ed. Josefa Ros Velasco, New York: NOVA Science Publishers.
- Arda, B., (2004), “Etiğe Kavramsal Giriş ve Temel Yaklaşımlar”, **Bilim Etiği ve Bilim Tarihi** içinde, ed. Berna Arda, Esin Kâhya ve R. Tamay Başağaç Gül, Ankara: Ankara Üniversitesi Basımevi.
- Arda, B., (2011), “Tıbbın Cinsiyeti ve Biyoetik Açısından Kadın”, **Türkiye’de Kadın Çalışmaları: Bilanço 1975-2010 Prof. Dr. Nermin Abadan Unat’a Armağan** içinde, der. Serpil Sancar, İstanbul: Koç Üniversitesi Yayını, s. 825-846.
- Arda, B., Şahinoğlu Pelin, S., Kayı, A., (1993), “Yardımcı Üreme Tekniklerinin (IVF'nin) Getireceği Tıbbi Etik Sorunlar”, **T Klin Tıbbi Etik**, C. 1, s. 53-58.
- Arda, B., ve Acıduman A., (2012), “Perinatal Döneme İlişkin Etik Sorunlar”, **Prenatal Pediatri** içinde, ed. M. Yurdakök, Ö. Deren, Ş. Yiğit, Ö. Özyüncü, ve A. Korkmaz, Ankara: Güneş Tıp Kitabevleri.
- Arpacı, M., (2014), “Erken Cumhuriyet Türkiye’sinde Kamu Sağlığı Siyaseti ve Öjenik (1923-1946)”, **Tarih ve Toplum: Yeni Yaklaşımlar**, s. 129-156.
- Arslan, B., Arslan, A., Kara, S., vd., (2011), “Gebelik anksiyete ve depresyonunda risk faktörleri: 452 olguda değerlendirme”, **Tepecik Eğitim Hastanesi Dergisi**, C. 21, S. 2, s. 79-84.
- Arslan, H., Karahan, N., ve Çam, Ç., (2008), “Ebeliğin doğası ve doğum şekli üzerine etkisi”, **Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi**, C. 1, S. 2, s. 54-59.
- Aslam, M.F., Gilmour K.R., ve Fawdry, D.S., (2003), “Who Wants a Caesarean Section? A Study of Woman’s Personal Experience of Vaginal and Caesarean Delivery”, **Journal of Obstetrics and Gynaecology**, Vol. 23, no. 4, s.364-366.
- Ataay, F., (2006), **Neoliberalizm ve Devletin Yeniden Yapılandırılması, Türkiye’de Kamu Reformu Üzerine İncelemeler**, Ankara: De Ki.

- Ataç, A., Güven, T., ve Gülsoy, R., (2004), “Sezaryen Reddine Etik Açından Bakış”, **Türkiye Klinikleri J Med Ethics**, C. 12, s. 270-273.
- Atauz, A., Kardam, F., Saktanber, A., vd., (1999), **Toplumsal Cinsiyet Eğitimi El Kitabı**, Ankara: T. C. Başbakanlık Kadının Statüsü ve Sorunları Genel Müdürlüğü-Kadın İstihdamını Geliştirme Projesi, s.1-10.
- Atıcı, M., ve Gözümlü, S., (2001), “Postpartum erken taburculukta lohusalara verilen sağlık eğitiminin postpartum problemler ve anksiyete üzerine etkisi”, **Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi**, S. 2, s. 77-91.
- Avery, M.D., Duckett, L., ve Frantzich, C.R., (2000), “The experience of sexuality during breastfeeding among primiparous women”, **Journal of Midwifery & Women’s Health**, Vol. 45, no. 3, s. 227-237.
- Ayan, M., (1991), **Tıbbî Müdahalelerden Doğan Hukukî Sorumluluk**, Ankara: Kazancı.
- Ayaz, S., (2007), **Stomalı Bireylerin Cinsel Sorunlarının Çözümünde Plüssit Modelinin Değerlendirilmesi**, Doktora Tezi, Hacettepe Üniversitesi.
- Aydın, E., (2003), “Hasta Hakları ve Terminal Dönem”, **Yoğun Bakım Dergisi**, C. 3, S. 1, s. 37-42.
- Aydın, E., ve Ersoy, N., (1995), “Etik ve Tıp Etiği Temel Kavramları”, **Türkiye Klinikleri Tıbbi Etik Dergisi**, C. 2, S. 3, s. 48-52.
- Aymoğlu, Ö., Işık, H., Şahbaz, A. vd., (2014), “Sağlıkta Dönüşüm Öncesi ve Sonrasında Gebe İzlemlerinin Karşılaştırılması”, **Bozok Tıp Dergisi**, C. 4, S. 2, s. 11-15.
- Badinter E., (2011), **Kadınlık mı? Annelik mi?**, çeviren: Ayşen Ekmekçi, İstanbul: İletişim.
- Bakos, A.E., (1999), “A knowledge speculative and practical' the dilemma of midwives' education in early modern Europe”, **Women's Education in Early Modern Europe: A History, 1500-1800** içinde, der. Barbara Whitehead, Londra: Routledge, s. 225-250.

- Baksu, B., Davas, I., Agar, E., vd., (2007), “The effect of mode of delivery on postpartum sexual functioning in primiparous women”, **Int Urogynecol J**, Vol. 18, s. 401-406.
- Balcı, A., ve Kırılmaz, H., (2007), “Yeni Kamu Yönetimi Anlayışının Türk Sağlık Sektörüne Yansımaları”, **Sağlık Ekonomisi ve Sağlık Yönetimi** içinde, ed. C. Can Aktan ve Ulvi Saran, İstanbul: Aura Kitapları, s. 134-165.
- Barad, K., (2003), “Posthumanist performativity: Towards an understanding of how matter comes to matter”, **Signs: Journal of Women in Culture and Society**, Vol. 28, no. 3, s. 801-831.
- Barbara, G., Pifarotti, P., Facchin, F., vd, (2016), “Impact of Mode of Delivery on Female Postpartum Sexual Functioning: Spontaneous Vaginal Delivery and Operative Vaginal Delivery vs Cesarean Section”, **The Journal of Sexual Medicine**, Vol. 13, no. 3, s. 393–401.
- Barrett, G., ve Victor, C.R., (1996), “Incidence of postnatal dyspareunia”, **BrJ Sex Med**, Vol. 23, s. 6-8.
- Başkan, T., (2006), "Hekimlerin Ceza Hukuku Karşısındaki Durumları", **İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Süreli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi, Yeni Yasalar Çerçevesinde Hekimlerin Hukuki ve Cezai Sorumluluğu, Tıbbi Malpraktis ve Adli Raporların Düzenlenmesi**, içinde, ed. C. Yorulmaz ve G. Çetin, S. 48, İstanbul: Yelken Matbaası, s.9-11.
- Başkaya, Y., ve Sayiner, F.D., (2018), “Sezaryen Oranını Azaltmaya Yönelik Kanıtla Dayalı Ebelik Uygulamaları”, **Sağlık Bilimleri ve Meslekleri Dergisi**, C. 5, S. 1, s. 113-119.
- Baudrillard, J., (2012), **Tüketim Toplumu**, İstanbul: Ayrıntı Yayınları.
- Baudrillard, J., (2016), **Simülarklar ve Simülasyon**, çeviren: Oğuz Adanır, Ankara: Doğu Batı Yayınları.
- Bayırlı, R., (2019), “Antik çağdan milenyuma doğum felsefesi”, **Türk Dünyası Uygulama ve Araştırma Merkezi Yenidoğan Dergisi**, 2(4), 324-333.

- Bayraktar, K., (1972), **Hekimin Tedavi Nedeniyle Cezai Sorumluluğu**, İstanbul: Sermet Matbaası.
- Bayramoğlu, S., (2003), “Düzenleyici Devlet Düzenlenirken: OECD Türkiye Raporu Üzerine Eleştirel Bir Çözümleme”, **Praksis**, C. 9, s.143-162.
- Baytur, Y.B., Deveci, A., Uyar, Y., vd., (2005), “Mode of delivery and pelvic floor muscle strength and sexual function after childbirth”, **Int J Gynaecol Obstet**, Vol. 88, s. 276-280.
- Beauchamp, T.L., (1991), **Philosophical Ethics**. New York: McGraw-Hill Inc.
- Beauchamp, T.L., ve Childerss, J.F., (1989), **Principles of Biomedical Ethics**, New York: Oxford University Press.
- Beauvoir, S., (1993), **Kadın "İkinci Cins" Bağımsızlığa Doğru**, çeviren: B. Onaran, İstanbul: Panel Yayınları.
- Bektaş, E., (2008), **Hastanemiz Gebe Polikliniğine Başvuran Gebelerde Normal Doğum ve Sezaryen Tercihi ve Nedenleri ile İlgili Anket Çalışması**, Tıpta Uzmanlık Tezi, T.C. Sağlık Bakanlığı Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi.
- Belgesay, M.R., (1963), **Kur'an Hükümleri ve Modern Hukuk (Mevzuat, İçtihatlar, Tatbikat)**, İstanbul: Fakülteler Matbaası.
- Belgrave, S., (2003), “Cesarean section”, **Contiuning Medical Education**, Vol. 30, no. 4, s. 269-272.
- Benhabip, S., (1999), **Modernizm, Evrensellik ve Birey**, İstanbul: Ayrıntı Yayınları.
- Benhabib, S., (2008), “Feminizm ve Postmodernizm: Huzursuz Bir İttifak”, **Çatışan Feminizmler** içinde, ed. S. Benhabib, J. Butler, D. Cornell ve N. Fraser, İstanbul: Metis.
- Berghmans, R.L.P., (2001), “Capacity and consent”, **Current Opinion in Psychiatry**, Vol. 14, no. 5, s. 491-499.

Berghold, T., Østberg, B., Legarth, J., vd., (2004), “Danish obstetricians' Personal Preference and General Attitude to Elective Cesarean Section on Maternal Request: a Nation-Wide Postal Survey”, **Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica**, Vol. 83, no. 3, s. 262-266.

Bergson, H., (1991), **Matter and memory**, New York: Zone Books.

Berkman, S., (2004), **Doğum Bilgileri**, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.

Berktaş, F., (2008), “Feminist Teorinin Önemli Bir Alanı: Cinsellik”, **Cogito**, S. 58, s. 59-72.

Berman, J., Adhikari, S., ve Goldstein, I., (2000), “Anatomy and physiology of female sexual function and dysfunction”, **Eur Urol**, Vol. 38, s. 20-29.

Best, S., ve Kellner D., (2011), **Postmodern Teori**, İstanbul: Ayrıntı Yayınları.

Betran, A.P., Ye, J., Moller, A.B., vd., (2016), “The increasing trend in caesarean section rates: Global, Regional and National Estimates: 1990-2014”, **BMC Pregnancy and Childbirth**, Vol.11, S. 2,

Beyazyüz, M., ve Göka, E., (2011), “Psikoloji ve Tıp Açısından Beden”, **Beden Sosyolojisi** içinde, ed. K. Canatan, İstanbul: Açılım Kitap, s. 371-395.

Birleşmiş Milletler (1969), Birleşmiş Milletler Toplumsal Gelişme ve Kalkınma Bildirgesi, <https://hukukbook.com/birlesmis-milletler-toplumsal-gelisme-ve-kalkinma-bildirgesi/>, (Son erişim tarihi: 09.11.2022).

Birleşmiş Milletler Genel Kurulu (1976), Kişisel ve Siyasal Haklar Uluslararası Sözleşmesi, https://inhak.adalet.gov.tr/Resimler/Dokuman/2312020093321bm_05.pdf, (Son erişim tarihi: 23.07.2021).

Blackman, L., (2008), **The Body: The Key Concepts**, New York: Berg.

Blaxter, M., (2020), “Tıbbileştirme”, **Sosyoloji Sözlüğü** içinde, ed. B. Turner, çeviren: G. Ahıska, İstanbul: Pinhan Yayıncılık, s. 884-885.

- Bobo, W.V., ve Yawn, B.P., (2014), “Concise Review for Physician and other clinicians: Postpartum depression”, **Mayo Clin Proc.**, Vol. 89, no. 6, s. 835-844.
- Bocanno, C., ve Gaddipati, S., (2008), “Mechanism of hemostasis at cesarean delivery”, **Clin Perinatol**, Vol. 35, no. 3, s. 531-547.
- Boetzkes, E., (1999), "Egualtiy, Autonomy, and Feminist Bioethics" **Recent Embodying Feminist Bioethics Advances** içinde, ed. A. Donchin ve L. M. Purdy, s. 121-139.
- Bogdan, R. C., ve Biklen, S. K., (1992), **Qualitative Research for Education: Introduction and Methods**, Boston: Allyn and Bacon.
- Bolat, D., (2015), “Bilim, Cinsiyet, Nesnellik: Feminist Nesnellik Arayışı Üzerine Bir Tartışma”, **Sosyoloji Dergisi**, S. 31, s. 1-17.
- Boorman, R.J., Devilly, G.J., Gamble, J., vd., (2014), “Childbirth and criteria for tarumatic events”, **Midwifery**, Vol. 30, s. 255-261.
- Boran, B., (2008), “Aydınlatılmış Rıza”, **Ankara Barosu, Ankara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Sağlık Hukuku Kurultayı Kitabı**, s.84-103.
- Borlu, A., (2008), **Kayseri Kentsel Alanda Seçilmiş Bir sağlık Ocağı Bölgesinde Doğum Yapan Kadınların Doğum Sekli Konusunda Düşünce ve Davranışları**, Tıpta Uzmanlık Tezi, Erciyes Üniversitesi.
- Bostan, S., Nenni Ünal, F., Ünal, C., vd., (2020), “Hastaların aydınlatılmış onam hakkında farkındalık ve tutumları”, **Türkiye Klinikleri J Med Ethics**, C. 28, S. 2, s. 163-172.
- Botros, S.M., Abramow, Y., Miller, J.J.R., Sand, P.K., vd., (2006), “Effect of parity on sexual function: An identical twin study”, **Obstetrics &Gynecology**, Vol. 107, no. 4, s. 765-770.
- Bozkurt, Ş., (2013), **Normal Doğumda ve Sezaryen Doğumda Anne Memnuniyetinin Değerlendirilmesi**, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi.
- Braidotti, R., (2019). “İnsan Sonrası, Pek İnsanca: Bir Posthümanistin Anıları ve Emelleri”, çeviren: Bülent O. Doğan, **Cogito İnsan Sonrası**, S. 95-96, s. 53-97.

- Braun, V., ve Clarke, V., (2019), “Psikolojide tematik analizin kullanımı”, çeviren: S. N. Şad, N. Özer ve A. Atli, **Eğitimde Nitel Araştırmalar Dergisi**, S. 7, no. 2, s. 873-898.
- Brotto, L.A., Chick, H.M., Ryder, A.G., vd., (2005), “Acculturation and sexual function in Asian women”, **Archives of Sexual Behavior**, Vol. 34, s. 613-626.
- Brown, B., (2015), **Other Things**, Chicago: Chicago University Press,
- Brtnicha, H., Weiss, P., ve Zverina, J., (2009), “Human sexuality during pregnancy and the postpartum period”, **Bratis/Lek Listy**, Vol. 110, no. 7, s. 427-431.
- Brubaker, L., Handa, V.L., Bradley, C.S., vd., (2008), “Sexual function 6 months after first delivery”, **Obstetrics and gynecology**, Vol. 111, no. 5, s. 1040-1044.
- Budgeon, S., (2011), **Third Wave Feminism and the Politics of Gender in Late Modernity**, Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Buhling, K.J., Schmidt, S., Robinson J.N., vd., (2006), “Rate of dyspareunia after delivery in primiparae according to mode of delivery”, **Eur J Obstet GynecolReprod Biol**, S. 124, s.42-46.
- Buken, N.O., ve Buken, E., (2003), “The Legal And Ethical Aspects Of Medical Malpractice In Turkey”, **The European Journal of Health Law**, Vol. 10, no. 2, s. 199-214.
- Burns, L.R., Geller, S.E., ve Wholey, D.R., (1995), “The effect of physician factors on the cesarean section decision”, **Medical Care**, Vol. 33, no. 4, s. 365-382.
- Butler, J., (2008), **Cinsiyet Belası**, çeviren: Başak Ertür, İstanbul: Metis Yayınları.
- Butler, J., (2014), **Bela Bedenler**, İstanbul: Pinhan.
- Buturak, S., Sarı, E., Oğuztürk, Ö., vd., (2016), "Estetik cerrahi hastalarında kişilik özellikleri", **Çukurova Medical Journal**, C. 41, s. 554-558.
- Büken, N.Ö., (2013), “Feminist Etik ve Feminist Biyoetik”, **Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıp Tarihi ve Etik Seminerleri: Feminist Biyoetik Yaklaşımlar**, Ankara,

http://www.deontoloji.hacettepe.edu.tr/ekler/pdf/feminist_biyotetik_yaklasimlar.pdf (Son erişim tarihi: 26. 10.2022).

Bülbül, G., (2017), “Gebelik, Doğum ve Kürtaj Hakkı”, **III. Kadın Hekimlik ve Kadın Sağlığı Kongresi Kadını Görmeyen Aile ve Sağlık Politikaları Kongre Kitabı**, İstanbul: TTB Yayınları, s.152-159.

Cahill, H.A., (2000), “Male Appropriation and Medicalization of Childbirth: an Historical Analysis”, **Journal of Advanced Nursing**, Vol. 33, no. 3, s. 334-342.

Cahill, H.A., (2001), “Male appropriation and medicalisation of childbirth: An historical analysis”, **Journal of Advanced Nursing**, Vol. 33, no. 3, s. 334–342.

Callahan, D., ve Dunstan, G.R., (1988), “Biomedical ethics: an anglo-american dialogue”, **Annals of the New York Academy of Sciences**, Vol. 530, no. 37-38, s. 52-53.

Canatan, K., (2011), **Beden Sosyolojisi**, İstanbul: Açılım Kitap.

Cancian, F., (1992), “Feminist Science: Methodologies that Challenge Inequality”, **Gender and Society**, Vol. 6, s. 623-642.

Cassani, C., (2008), “Hukuka Uygunluk Nedeni Olarak Hukukta Rıza”, çeviren: M. Özen ve M. Özen, **TBB Dergisi**, S. 77, s. 236-248.

Center for Reproductive Rights (2013), ICPD and Human Rights: 20 Years of Advancing Reproductive Rights Through UN Treaty Bodies ve Legal Reform, https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/icpd_and_human_rights_20_years.pdf (Son erişim tarihi: 28.11.2020).

CETAD (2006), Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Araştırması, https://www.cetad.org.tr/CetadData/Books/10/2692011154421-Arastirma_sonuclari_Dosyasi_1.pdf, https://www.cetad.org.tr/CetadData/Books/10/2692011155537-Arastirma_sonuclari_Dosyasi_2_v2.pdf (Son erişim tarihi: 20.09.2022).

CETAD (2010), Kadın Cinselliği, ed. Şahika Yüksel ve Dilek Cindoğlu, <https://www.cetad.org.tr/CetadData/Books/37/pdf-dosyasini-indirmek-icin-tiklayiniz.pdf> (Son erişim tarihi: 18.10.2022).

Ceza Muhakemeleri Usulü Kanunu (1929), **T. C. Resmî Gazete**, 1172, (20.04.1929), <https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/5.3.1412.pdf>, (Son erişim tarihi: 13.01.2023).

Chalmers, B., Kaczorowski, J., Darling, E., vd., (2010), “Cesaren and vaginal birth in Canadian women: A comparison of experiences”, **Birth**, Vol. 37, s. 44-49.

Chavkin, W., ve Chesler, E., (ed), (2005), **Where Human Rights Begin: Health, Sexuality and Women in the New Millennium**, New Jersey: Rutgers University.

Chedraui, P., Pérez-López, F.R., Mezones-Holguin, E., vd., (2011), “Collaborative Group for Research of the Climacteric in Latin America (REDLINC). Assessing predictors of sexual function in mid-aged sexually active women, **Maturitas**, Vol. 68, no. 4, s. 387-390.

Chen, C.H., Wang, S.Y., ve Chang, M.Y., (2001), “Women’s perceptions of helpful and unhelpful nursing behaviors during labor: A study in Taiwan”, **Birth**, Vol. 28, s. 180-185.

Chervenak, F.A., McCullough, L.B., (2017), “Ethical issues in cesarean delivery”, **Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology**, Vol. 43, s. 68-75.

CIOMS (2016), International Ethical Guidelines for Health-related Research Involving Humans, <https://cioms.ch/wp-content/uploads/2017/01/WEB-CIOMS-EthicalGuidelines.pdf>, (Son erişim tarihi: 09.11.2021).

Cindoğlu, D., (1995), “Doğumun Medikalizasyonu ve Kadın Açısından Hastaneler”, **Toplum ve Hekim**, C. 10, S. 69-70, s. 99-101.

Cindoğlu, D., ve Cengiz, F.S., (2010), “Türkiye’de Doğumların Medikalizasyonu; Feminist Bir Bakışla Sezaryen Problemini Düşünmek”, **II. Kadın Hekimlik ve Kadın Sağlığı Kongresi “Kadını Görmeyen Bilim ve Sağlık Politikaları” Kongre Kitabı**, Ankara: TBB Yayınları, s. 51-64.

Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Hakları Platformu (2021), Türkiye’de Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Durum Analizi Raporu, <https://www.stgm.org.tr/sites/default/files/2022-03/turkiyede-cinsel-saglik-ve-ureme-sagligi-durum-analizi-raporu.pdf> (Son erişim tarihi: 13.08.2022).

Cirhinlioğlu Z., ve Cirhinlioğlu F.G., (2011), “Postmodern Sağlığın Yükselişi ve Düşüşü”, **Beden Sosyolojisi** içinde, ed. Kadir Canatan, İstanbul: Açılım Kitap, s. 395-411.

Clarke, A., (2001), “Research and The Policy-Making Process”, **Researching Social Life** içinde, ed. N. Gilbert, London: Sage Publications.

Clement, S., (2001), “Psychological aspects of caesarean section”, **Best Practice & Research Clinical Obstetrics Gynaecology**, Vol. 15, no. 1, s. 109-126.

Cohen, J., (1988), **Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences**, NJ: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.

Connell, R.W., (1987), **Gender and power: Society, the person and sexual politics**, Stanford University Press.

Connolly, A., Thorp, J., ve Pahl, L., (2005), “Effects of pregnancy and childbirth on postpartum sexual function: a longitudinal prospective study”, **Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct.**, Vol. 16, s. 263-267.

Conrad, P., (1992), “Medicalization of Social Control”, **Annual Review of Sociology**, Vol. 18, s. 209-232.

Conrad, P., (2007), **Medicalisation of Society**, Baltimore: John Hopkins University Press.

Convery, K.M., ve Spatz, D.L., (2009), “Sexuality & breastfeeding: what do you know?” **MCN Am J Matern Child Nurs**, Vol. 34, no. 4, s. 218-223.

Coppini, A., (1999), “A case of primary vaginismus”, **International Forum of Psychoanalysis**, Vol. 8, s. 49-52.

Coşkun, A.M., (2007/2012), **Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı**, İstanbul: Koç Üniversitesi Yayınları.

- Council of Europe (1997), Convention for the Protection of Human Rights and Dignity of the Human Being with regard to the Application of Biology and Medicine: Convention on Human Rights and Biomedicine, <https://rm.coe.int/168007cf98>, (Son erişim tarihi: 20.01.2022).
- Crowley, T., Goldmeier, D., ve Hiller, J., (2009), “Diagnosing and managing vaginismus”, **BMJ**, C. 25, s. 225-229.
- Csordas, T., (1994), “Introduction: the body as representation and being-in-the-world”, **Embodiment and Experience: The Existential Ground of Self** içinde, ed. T. Csordas, Cambridge: Cambridge University Press, s. 1-24.
- Cullen, M.J., (1975), **The Statistical Movement in Early Victorian Britain The Foundations of Empirical Social Research**, New York: Barnes and Nobles.
- Cunningham, F.G., Gant, N.F., Leveno, K.J., vd., (2005), “Sezeryan doğum ve postpartum histerektomi”, **Williams Doğum Bilgisi**, ed. A. C. Akman, Nobel Tıp Kitabevi, s. 537-563.
- Çağlayan, K.E., Kara, M., ve Gürel, C.Y., (2010), “Kliniğimizde Üç Yıllık Sezaryen Oranları ve Endikasyonları”, **Journal of Experimental and Clinical Medicine**, S. 27, s. 50-53.
- Çaha, Ö., (2000), **Civil Women**, Ankara: Savaş Yayınevi.
- Çakaloğlu Kızılca, D., ve Çoban, A., (2019), “Sezaryen Doğumların Azaltılmasında Ebeğin Rolü”, **Arşiv Kaynak Tarama Dergisi**, C. 28, S. 1, s. 51-59.
- Çakır, L., ve Can, H., (2012), “Gebelikte sosyodemografik değişkenlerin anksiyete ve depresyon düzeyleriyle ilişkisi”, **The Journal of Turkish Family Physician**, C. 3, S. 2, s. 35-42.
- Çakır, Ö., ve Sakaoğlu, H., (2014), “Sağlık çalışanlarının performansa dayalı ek ödeme sisteminde ücret adaleti algısı: Tepecik eğitim ve araştırma hastanesi örneği”, **Çalışma İlişkileri Dergisi**, C. 5, S. 1, s. 1-21.
- Çakır, S., (2013), “Feminism: Criticism of Patriarchal Power”, **19. Yüzyıldan 20.Yüzyıla Siyasal İdeolojiler** içinde, ed. B. Örs, İstanbul: İstanbul Bilgi Üniversitesi, s. 413-475.

- Çarboğa, H., (2022), **Beden Tüketimi Bağlamında Estetik Cerrahi Operasyonların Sosyolojik Analizi: Ankara İli Örneği**, Yüksek Lisans Tezi, Pamukkale Üniversitesi.
- Çelik, R., ve Erdem, R., (2016), “Hekimin Değişen Kimliği Çerçevesinde Sağlığın Kültürleşmesi”, **Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi**, C. 7, S. 16, s. 61-74.
- Çetin, F.G., (2017), “Sağlıkta Dönüşüm Programı Ekseninde Sağlığın Ekonomi Politikası”, **Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi**, C. 19, S. 1, s. 274-293.
- Çetinkaya, E.Ş., ve Söylemez, F., (2013), “Doğum indüksiyonunda başarıyı etkileyen faktörler ve doğum indüksiyonu yöntemleri”, **Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi**, C. 66, S. 1, s. 25-32.
- Çevik, A., (2000), “Psikonevrozlar”, **Ruh Sağlığı ve Hastalıkları**, der. I. Sayıl ve H. Devrimci Özgüven, Ankara: Antıp AŞ, s. 263-288.
- Çınar, A., (2011), “Toplumsal Bedenin İnşasında Kadının Çağrılması ve Çağrısı: Namus Olgusu Üzerinden Bir Çözümleme”, **Beden Sosyolojisi** içinde, ed. Kadir Canatan, İstanbul: Açılım Yayınları, s. 499-521.
- Çırpıcı, E., (2010), Türkiye’de **Kamu Sağlık Hizmetlerinde Uygulanan Neo-Liberal Ekonomi Politikalarının Sağlık Personeli İstihdamı Üzerine Etkileri: Sözleşmeli Sağlık Personeli İstihdamının Eleştirel Bir Değerlendirmesi**, Yüksek lisans tezi, Adnan Menderes Üniversitesi.
- Çilhoroz, Y. ve Arslan, İ. (2018), “Sağlıkta Dönüşüm Programı Uygulamalarının Değerlendirilmesi: Akademisyenler Üzerinde Nitel Bir Araştırma”, **Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi**, C.10, S.26, s.798-810.
- Çilingiroğlu, C., (1993), **Tıbbi Müdahaleye Rıza**, İstanbul: Filiz Kitapevi.
- Çoban Koca, S. (2015), **Kadınların Sezaryen Doğum Tercihi ve Etkileyen Faktörler**, Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi.

- Çoban, V., (2012), **Postpartum Dönemdeki Kadınların Cinsel Yaşam Kalitesi ve Etkileyen Faktörler**, Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi.
- Çobanoğlu, N., (1996), “Türkiye’de Sağlık Politikaları ve Etik”, **Türkiye Klinikleri J Med Ethics**, C. 4, S. 3, s. 104-107.
- Çobanoğlu, N., (2009), **Kuramsal ve Uygulamalı Tıp Etiği**, Ankara: Eflatun Yayınevi.
- Çotuksöken, B., (2010), **İnsan Hakları ve Felsefe**, İstanbul: Papatya Yayıncılık.
- Çubuk, M.M., (2014), **Kadınların Doğum Tercihleri Üzerine Sağlık Eğitiminin Etkisi**, Yüksek Lisans Tezi, İnönü Üniversitesi.
- Dabiri, F., Yabandeh, A.P., Shahi, A., vd., (2014), “The Effect of Mode of Delivery on Postpartum Sexual Functioning in Primiparous Women”, **Oman Medical Journal**, Vol. 29, no. 4, s. 276-279.
- Dafallah, S.E., ve Yousif, E.M., (2004), “A comparative study of twin and triplet pregnancy”, **Saudi Med J**, Vol. 25, s. 502-506.
- Dağ, H., Dönmez, S., Güleç, D., vd., (2014), “Jinekolojik Operasyon Geçiren Kadınların Taburculuk Öncesi Öğrenim Gereksinimleri”, **Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi**, C. 30, S. 1, s. 49-59.
- Dağlar, G., Nur, N., Bilgiç, D., vd., (2015), “Gebelikte duygulanım bozukluğu”, **KASHED**, C. 2, S. 1, s. 27-40.
- Dağlar, G., ve Nur, N., (2014), “Gebelerin stresle başa çıkma tarzlarının anksiyete ve depresyon düzeyi ile ilişkisi”, **Cumhuriyet Tıp Dergisi**, C. 36, s. 429-441.
- Daşikan, Z., Kıratlı, D., Erdoğan, M., (2019), “Kadınların Genital Görünüm Memnuniyeti: Genital Kozmetik Cerrahi”, **Jinekoloji-Obstetrik ve Neonatoloji Tıp Dergisi**, C. 16, S. 4, s. 238-243.
- Davidoff, L., (2012), **Feminist Tarih Yazımında Sınıf ve Cinsiyet**, çeviren: Zerrin Ateşer ve Selda Somuncuoğlu, İstanbul: İletişim Yayınları.
- Dawson, A., (2010), “The future of bioethics: Three dogmas and a cup of hemlock”, **Bioethics**, Vol. 24, no. 5, s. 218-225.

- Dayı, A., (2017), “Feminist Etik Açısından Cinsellik ve Üreme: Fetüsün Bireyliği ve Kadının Beden Bütünlüğü”, **Fe Dergi** C. 9, S. 1, s. 37-54.
- Dayınlarlı K., (1985), **Borçlar Kanunu (Kaldırılan ve Değiştirilen Hükümlerin İşlendiği Kanun Metni)**, Ankara: Sistem Ofset Matbaası.
- Dedeoğlu, S., (2009), “Türkiye’de Sosyal Devlet, Cinsiyet Eşitliği Politikaları ve Kadın İstihdamı”, **Çalışma ve Toplum Dergisi**, S. 2, s. 41-54.
- Deleuze, G., (2011), **Spinoza Pratik Felsefe**, İstanbul: Norgunk.
- Deleuze, G., ve Guattari, F., (1988) **A Thousand Plateaus: Capitalism and Schizophrenia**, Athlone Press: London.
- Demir, M., (2008), “Hekimlik Sözleşmesinden Doğan Sorumluluğun Koşulları”, AÜHF Sağlık Hukuku Kurultayı Kitabı, s. 153-160.
- Demir, Ö., Parlakay, N., Gök, G., vd., (2007), “Hastane çalışanı bayanlarda cinsel işlev bozukluğu”, **Türk Üroloji Dergisi**, C. 33, s. 156-160.
- Demirci, N., (2012), “Kadının Yaşam Dönemlerinde Cinsellik ve Cinsel Sağlık”, **Kadın Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği El Kitabı** içinde, ed. Anahit M. Coşkun, İstanbul: Koç Üniversitesi Yayınları, s. 540-578.
- Demirel, B., (2005), “Hekimin Yasal Sorumlulukları”, **Gazi Tıp Dergisi**, C. 16, S. 3, s. 128-130.
- Demirel, S., (2021), **Plastik Cerrahi Operasyonu Geçirecek Hastaların Estetik Cerrahiyi Kabulü ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi**, Yüksek Lisans Tezi, Maltepe Üniversitesi.
- Demirhan, A., (1980), “Tıp tarihi ve deontolojinin anlamı ve modern tıp açısından önemi”, **İst. Tıp Fak. Mecmuası**, S. 43, s. 645-654.
- Demirhan E., A. ve Şaylıgil Elçioğlu, O., (2000), **Tıp Etiği Işığında Hasta ve Hekim Hakları**, Ankara: Türkiye Klinikleri Yayınevi.
- Demirhan Erdemir, A., Sezgin, G., Keskinbora, K., vd., (ed.), (2019), **Çağdaş Klinik Etik (21. Yüzyılda Olgu Örnekleriyle)**, İstanbul: Nobel.

- Demirlikan, Ş., (2015), **35 Yaş ve Sonrasında Hamileliğe Dair Yaşantılar: Öznel ve Medikal Bir Deneyim Olarak Hamilelik**, Yüksek Lisans Tezi, Okan Üniversitesi.
- Dencker, A., Nilsson, C., Begley, C., vd., (2019), “Causes and outcomes in studies of fear of childbirth: A systematic review”, **Women Birth**, Vol. 32, s. 99-111.
- Deneux, C., Carmona, E., Bouvier, M.H., vd., (2006), “Postpartum Maternal Mortality and Cesarean Delivery”, **Obstetrics&Gynecology**, C. 108, s. 541-548.
- Dericioğulları, E.A., (2010), **Türkiye’de Neoliberal Politikalar Doğrultusunda Sağlıkta Dönüşüm: Isparta-Burdur Örnekleri**, Yüksek Lisans Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi.
- Dey, I., (1993), **Qualitative data analysis: a user friendly guide for social scientists**, London: Routledge.
- Diker, G., (2017), **Kadın Cinsel İşlev Bozukluğunda Cinsel Mitlere İnanma Düzeyi, Cinsel Bilgi ve Benlik Saygısı**, Yüksek Lisans Tezi, Işık Üniversitesi.
- Direk, Z., (2009), “Simone de Beauvoir: Abjeksiyon ve Eros Etiği”, ed. Şeyma Öztürk, **Cogito** içinde, İstanbul: YKY, s. 11-38.
- Direk, Z., (2016), **Cinsiyeti Yazmak**, İstanbul: Yapı Kredi Yayınları.
- Direk, Z., (2017), “Hakların Öznesi Olmak: Kırılganlıktan Özerkliğe”, **Cogito, Yaralanabilirlik**, ed. Şeyda Öztürk, İstanbul: Yapı Kredi Kültür Sanat Yayınları, S. 121, s. 87.
- Dobbeleir, J., Van Landuyt, K., ve Monstrey, S.J., (2011), “Aesthetic Surgery of the Female Genitalia”, **Semin Plast Surg**, Vol. 25, no. 2, s. 130–141. DOI:10.1055/s-0031-1281482.
- Doğan, B., Gün, İ., Özdamar, Ö., vd., (2017), “Long-term Impacts of Vaginal Birth With Mediolateral Episiotomy on Sexual and Pelvic Dysfunction and Perineal Pain”, **J Matern Fetal Neonatal Med**, Vol. 30, no. 4, s. 457-460.

- Doherty, L., ve Norwitz, E.R., (2009), “Miad aşımı: ne zaman müdahale etmeliyiz?”, çeviri: Funda Güngör, **Obstetrics and Gynecology Turkish Edition**, Vol. 3, no. 2, s. 86-95.
- Donel, J., (2019), “Tocophobia: overwhelming fear of pregnancy and childbirth”, **Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol**, Vol. 8, no. 11, s. 4641-4645
- Dosa, L., (2001), “Caesarean section delivery, an increasingly popular option”, **Bulletin of the World Health Organization**, Vol. 79, no. 12, s. 1173.
- Douglas, M., (1996), **Natural Symbols: Explorations in Cosmology**, New York: Routledge.
- Douglas, M., (2005), **Saflık ve Tehlike**, çeviren: Emine Ayhan, İstanbul: Metis Yayınları.
- Doyal, L., (2000), “Gender equity in health: debates and dilemmas”, **Social Science and Medicine**, Vol. 51, s. 931- 932.
- Dölen, İ., ve Gökçü, M., (2002), “Sezaryen ve etik”, **Kadın Doğum Dergisi**, S. 1, no. 2, s. 86-89.
- Dölen, İ., ve Özdeğirmenci, Ö., (2004), “Optimal sezaryen hızı ne olmalıdır? Türkiye’de ve Dünyada güncel nedir?”, **TJOD Uzmanlık Sonrası Eğitim Dergisi**, S. 7, s. 113-117.
- Dönmez, S., ve Sevil, Ü., (2009), “Rutin epizyotomi uygulamasının gerekliliği”, **Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi**, C. 2, S. 3, s. 105-112.
- Dönmezler, S., (1944), “İhmal suretiyle icra suçları”, **İ.Ü. Hukuk Fakültesi Mecmuası**, S. 9, s. 473-494.
- Draper, H., (1996), “Women, forced caesarean and antenatal responsibilities”, **Journal of Medical Ethics**, Vol. 22, no. 6, s. 327-333.
- Drife, J., (2002), “The Start of Life: a History of Obstetrics”, **Postgrad Med J**, Vol. 78, s. 311-315.

- Duby, G., ve Perrot, M., (2005), **Kadınların Tarihi 5 Yirminci Yüzyılda Kültürel Bir Kimliğe Doğru**, İstanbul: İş Bankası.
- Duman, Z., Köken Nadirgil, G., Şahin Kır, F., vd., (2007), “Sağlık çalışanlarının normal doğum ve sezaryen ile ilgili düşünceleri”, **Perinatoloji Dergisi**, C 15, S. 1, s. 7-11.
- Duran, S., (2007), **Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Mevzuatının Aydınlatılmış Onam Açısından Değerlendirilmesi**, Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi.
- Durmaz, A., ve Buğdaycı, R., (2013), “Epizyotomi iyileşmesini etkileyen faktörler”, **Turkish Journal of Public Health**, Vol. 11, s. 72-85.
- Durudoğan, H., (2010), “A Brief Overview of the Second Wave French Feminism”, **Türkiye’de Toplumsal Cinsiyet Çalışmaları** içinde, ed. H. Durudoğan, F. Gökşen, B. E. Oder ve D. Yüksekler, İstanbul: Koç Üniversitesi, s. 67-97.
- Duysak, M., (2009), “Hekimin Tıbbi Uygulama Hatalarından Doğan Cezai Sorumluluğu”, **AB Hukuk Gündemi II, Makaleler**, S. 3.
- Dündar, Ö., (2009), “Epizyotomi onarımı zamanının postpartum kan belirteçlerine etkisi”, **Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi**, Vol. 26, no. 3, s. 203-207.
- Easlea, B., (1980), **Witch-Hunting, Magic and the New Philosophy An Introduction to the Debates of the Scientific Revolution**, Brighton: The Harvester Press.
- Ege, E., Akın, B., Yaralı Arslan S., vd., (2010), “Sağlıklı kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğu sıklığı ve risk faktörleri”, **TÜBAV Bilim Dergisi**, S. 3, s. 137-144.
- Ehzenreich, B., ve English, D., (1987), **Cadılar, Büyücüler ve Hemşireler**, çeviren: Ergun Uğur, İstanbul: Kavram.
- Eisenstein, Z., (1996), "Equalizing Privacy and Specifying Equality", **Revisioning the Political**, der. V. Held ve A. Jaggar, Colorado: Westview Press, s. 181-192.
- Ekmekçi, P. E., ve Arda, B., (2015), “Temel Etik Kuramlar Açısından Adalet ve Sağlık Hakkı Kavramlarının Değerlendirmesi”, **Türkiye Klinikleri Tıp Etiği ve Hukuku Dergisi**, C. 23, S. 1, s. 6-21.

- Ekmekçi, P.E., (2017), “Seçilmiş Vakalarla Araştırma Etiğinin Kısa Tarihçesi”, **Pamukkale Tıp Dergisi**, S. 10, no.1, s.101-114.
- Elbek, O., ve Adaş, E.B., (2009), “Sağlıkta Dönüşüm: Eleştirel Bir Değerlendirme”, **Türkiye Psikiyatri Derneği Bülteni**, C.12, S. 1, s. 33-44.
- Elkin, N., (2016), “Bir aile sağlığı merkezine başvurmuş olan 18-49 yaş arası kadınların doğum şekli tercihleri ve ilişkili faktörler”, **Anadolu Kliniği**, C. 21, S. 2, s. 119-128.
- Elmir, R., Schmied, V., Wilkes, L., vd., (2010), “Women's perceptions and experiences of a traumatic birth: a meta-ethnography”, **J Adv Nurs**, Vol. 66, no. 10, s. 2142-2153.
- Ely, M., Vinz, R., Downing, M., vd., (1997), **On writing qualitative research: living by words**, Routledge/Falmer.
- Emmett, C.L., Shaw, A.R.G., Montgomery, A.A., vd., (2006), “Women’s experience of decision making about mode of delivery after a previous caesarean section: the role of health professionals and information about risk”, **An International Journal of Obstetrics & Gynaecology**, Vol. 113, no. 12, s. 1438-1445.
- Engelhardt, D. von, (2001), **Tıbbın Gündelik Yaşamında Etik**, çeviren: Arın Namal, Ankara: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Er, O., Özdel, K., ve Özpolat, A.Y., (2010), Vajinismus. *Kriz Dergisi*, 18(3), 37-45.
- Erbil, N., (2011), “Prevalence and risk factors for female sexual dysfunction among Turkish women attending a maternity and gynecology outpatient clinic”, **Sex Disabil**, Vol. 29, s. 377-386.
- Erdemir Demirhan, A., (1994), “Hekim Sorumluluğunun Tıbbi Elikteki Yeri, Hukuk Bakımından Önemi ve Bazı Sonuçlar”, **Türkiye Klinikleri J Med Ethics**, S. 2, s.83-88.
- Erdoğan, C., (1982), **En son Değişikliklere Göre Açıklamalı ve İctihattı Hukuk Usulü Muhakemeleri Kanunu**, Ankara: Olgaç Matbaası.

- Erdoğan, M., Kara, M., Hızal, A., vd., (2011), “Aydınlatılmış Onam: Uygulama ve Tıp Hukuku Açısından Sorunlar”, **Erciyes Tıp Dergisi**, C. 33, S. 2, s. 165-170.
- Erençin, A., ve Yolcu, V., (2008), “Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Dönüşümü ve Yerinden Yönetimi”, **Memleket Siyaset Yönetim Dergisi**, C. 3, S. 6, s. 124.
- Erenel, A.Ş., ve Akkuzu, G., (1999), “Sağlık personeli-hasta ilişkisine kadın açısından bakış: doğum deneyimi”, **Türkiye Klinikleri J Med Ethics**, S.7, s. 22-28.
- Erenel, A.Ş., ve Kıtış, Y., (2011), “Kadın cinsel fonksiyonunun belirlenmesine yönelik bir çalışma”, **Turkiye Klinikleri J Gynecology Obstetrics**, C. 21, s. 251-259.
- Ergöl, Ş., ve Kürtüncü, M., (2014), “Bir üniversite hastanesinde kadınların sezaryen doğum tercihlerini etkileyen faktörler”, **Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi**, C.1, s. 26-34.
- Erkaya, S., Kutlar, İ., Kara, F., vd., (1999), “Yükselen sezaryen oranlarımızın nedenleri (1983-1996)”, **MN-Klinik Bilimler&Doktor**, C. 5, s. 674-679.
- Erkızan, H.N., (2010), “Çağdaş Aristotelesçi Düşüncede İnsan: Nussbaum’ın Özcü (Essentialist) İnsan Anlayışı Üzerine Bir İnceleme”, **Özne**, C. 1009, 11-12. Kitap/Aristoteles Özel Sayısı, s. 86-103.
- Erman, B., (2003), **Ceza Hukukunda Tıbbi Müdahalelerin Hukuka Uygunluğu**, Ankara: Seçkin Yayınları.
- Ersoy, N., (1994), “Klinik Etiğin Önemli Bir Sorunu: Aydınlatılmış Onam”, **Türkiye Klinikleri J Med Ethics**, C. 2, S. 3, s. 131-136.
- Ersoy, N., (1995), “Aydınlatılmış Onam Öğretisinin Gelişimi”, **Türkiye Klinikleri Tıbbi Etik Dergisi**, C.3, S.1, s.1-5.
- Ersoy, N., (2003), “Aydınlatılmış Onam”, **Çağdaş Tıp Etiği** içinde, ed. A. D. Erdemir, Ö. Öncel ve Ş. Aksoy, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Ersoy, N., Özcan Şenses, M., ve Aydın Er, R., (2010), Acil Tıp’ta Aydınlatılmış Onam **Ulus Travma Acil Cerrahi Dergisi**, C. 16, S. 1, s. 1-8.

- Ersoy, N., ve Aydın, E., (1994a), “Tıbbi Etik’te “Adalet İlkesi”, **Türkiye Klinikleri J Med Ethics**, C. 2, S. 2, s. 60- 63.
- Ersoy, N., ve Aydın, E., (1994b), “Tıbbi Etik’te “Özerklik” ve “Özerkliğe Saygı İlkesi”, **Türkiye Klinikleri J Med Ethics**, C. 2, S. 2, s. 71-74.
- Ersoy, N., ve Aydın, E., (1994c), “Tıbbi Etik’te “Yararlılık İlkesi”, **Türkiye Klinikleri J Med Ethics**, C. 2, S. 2, s. 57-60.
- Ersoy, Y., (2004), “Tıbbi Hatanın Hukuki ve Cezai Sonuçları”, **TBB Dergisi**, S. 53, s. 161-190.
- Ertem, A., Yava, A., ve Demirkılıç, U., (2013), “Kardiyak cerrahi yapılan hastalar ve aydınlatılmış onam”, **Türk Göğüs Kalp Damar Cerrahisi Dergisi**, C. 21, S. 2, s. 378-391.
- Ertem, G., ve Koçer, A., (2008), “Sezaryen sonrası vajinal doğum”, **Dirim Tıp Dergisi**, S. 82, s. 1-5.
- Ertem, G., ve Sevil, Ü., (2007), “Geliştirilen standartlar doğrultusunda verilen hemşirelik bakımının bakım kalitesine ve hasta memnuniyetine olan etkisinin incelenmesi”, **Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi**, C. 4, S. 2, s. 1-13.
- Ertürk, A.Ç., (2002), **Okunuşlu, örnekli, açıklamalı Fransızca-Türkçe/Türkçe-Fransızca Bilge Büyük Sözlük**, Ankara: Öz-el Matbaası.
- Eser, E., (1995), “Hollanda’da “Sağlıklı Toplum” Politikasına Doğru: “Nota 2000” ve Oluşturulma Süreci”, **Toplum ve Hekim**, C. 9, S. 64-65, s.82.
- Eshghi, R., Bahrami, F., Fatehi Zade M., vd., (2012), “The prediction of sexual function based on cognitive-emotional factors in Iranian women”, **Interdisciplinary JCRB**, Vol. 4, s. 53-60.
- Estroff, S., (1993), “Identity, Disability, and Schizophrenia: The Problem of Chronicity”, **Knowledge, Power, and Practice: The Anthropology of Medicine and Everyday Life** içinde, der. S. Lindenbaum ve M. Lock, CA: University of California Press, s. 247-286.
- Etiler, N., (2011), **Neoliberal Politikalar ve Sağlık Emek Gücü Üzerindeki Etkileri**, **TBB Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi**, C. 11, S. 42, s. 2-11.

Etiler, N., (2012), “The Outcomes of Neoliberal Policies on Health Workforce Employment”, **Labour Market & Employment** içinde, ed. Kuvvet Lordoğlu, Derya Keskin Demirer ve İsmail Şiriner, London: IJOPEC Publication, s. 41-52.

Faden, R.R., ve Beauchamp, T.L., (1989), **A History And Theory of Informed Consent**. New York: Oxford University Press.

Federici, S., (2014), **Caliban ve Cadı Kadınlar Beden ve İlksel Birikim**, çeviren: Öznur Karakaş, İstanbul: Otonom.

Fenwick, J., Hauck, Y., Downie, J., vd., (2005), “The Childbirth Expectations of a Self-Selected Cohort of Western Australian Women”, **Midwifery**, Vol. 21, no. 1, s. 23-35.

Fernandoa, R.J., (2007), “Risk Factors and management of obstetric perineal injury”, **ObstetricsGynecology and Reproductive Medicine**, Vol. 17, s. 238-243.

Ferry, Y., (2000), **Ekolojik Yeni Düzen**, çeviren: K. Öztürk, İstanbul: Yapı Kredi Bankası Yayınları.

FIGO (2011), **Obstetrik ve Jinekolojide Etik Konular-Üreme ve Kadın Sağlığının Etik Yönleri**, ed. İsmail DÖLEN, Ankara: TJOD.

Filiz, M., (2020), “Türkiye’de Sezaryen Ameliyatlarına Yönelik Yapılan Çalışmaların İncelenmesi”, **AÇÜ Uluslararası Sosyal Bilimler Dergisi**, C. 6, S. 1, s. 74-83.

Flax, J., (1990), **Thinking Fragments: Psychoanalysis, Feminism, and Postmodernism in the Contemporary West**, Berkeley: University of California Press.

Foucault, M., (2004), “The Crisis of Medicine or the Crisis of Antimedicine?”, **Foucault Studies**, çeviren: Edgar C. Knowlton, William J. King, Clare O’Farrell, s. 5-19.

Foucault, M., (1994), **Kelimeler ve Şeyler: İnsan Bilimlerinin Bir Arkeolojisi**, çeviren: A. Kılıçbay, Ankara: İmge Kitabevi.

Foucault, M., (2001), “The Birth of Social Medicine”, **Michel Foucault Power: Essential Works of Foucault, 1954-1984, Vol. 3** içinde, ed. James D. Fubion, New York: New Press, s. 435-438.

Foucault, M., (2003), **İktidarın Gözü**, çeviren: Işık Ergüden, İstanbul: Ayrıntı Yayınları.

Foucault, M., (2005), **Büyük Kapatılma**, çeviren: Işık Ergüden, İstanbul: Ayrıntı Yayınları.

Foucault, M., (2006a), **Hapishane'nin Doğuşu**, çeviren: Mehmet Ali Kılıçbay, Ankara: İmge Yayınları.

Foucault, M., (2006b), **Kliniğin Doğuşu: Tıbbi Algının Arkeolojisi**, çeviren: İnci Malak Uysal, Ankara: Epos Yayınları.

Foucault, M., (2008a), **The Birth of Biopolitics**, New York: Palgrave.

Foucault, M., (2008b), **Toplumu Savunmak Gerekir**, çeviren: Şehsuvar Aktaş, İstanbul: YKY Yayınları.

Foucault, M., (2009), **Security Territory Population**, New York: Macmillan.

Foucault, M., (2010), **Cinselliğin Tarihi**, çeviren: Hülya Tanrıöven, İstanbul: Ayrıntı Yayınları.

Foucault, M., (2014), **Özne ve İktidar**, çeviren: Işık Ergüden ve Osman Akınhay, İstanbul: Ayrıntı Yayınları.

Freud, S., (2015), **Narsizm Üzerine ve Schreber Vakası**, çevirmen: Banu Büyükkal ve Saffet Murat Tura, İstanbul: Metis Yayınları.

Frith, H., ve Gleeson, K., (2004), "Clothing and Embodiment: Men Managing Body Image and Appearance", **Psychology of Men & Masculinity**, Vol. 5, no. 1, s. 40-48.

Fry, S. T., (2000), **Hemşirelik Uygulamalarında Etik**, çeviren: B. Bağ, İstanbul: Aktif Yayınevi.

Fry, S. T., Killen, A.R., ve Robinson, E. M., (1996), "Care-Based Reasoning, Caring, and the Ethic of Care: a Need for Clarity", **The Journal of Clinical Ethics**, Vol. 7, no. 1, s.41-47.

- Gabe, J-Bury, M., ve Elston, M., (2004), **Key concepts in medical sociology**, London: Sage Publications.
- Gailey, J.A., ve Prohaska, A., (2011), “Power and gender negotiations during interviews with men about sex and sexually degrading practices”, **Qualitative Research**, Vol. 11, no. 4, s. 365-380.
- Galasinski, D., (2004), **Men and the Language of Emotions**, New York: Palgrave Macmillan.
- Gamble, J.A., ve Creedy D.K., (2000), Women’s request for a cesarean section: A critique of literature, **Birth**, Vol. 27, s. 256-263.
- Gamble, J.A., ve Creedy, D.K., (2001), “Women’s Preference for a Cesarean Section Incidence and Associated Factors”, **Birth**, Vol. 28, no. 2, s. 101-110.
- Game, A., (1998), **Toplumsalın Sökümü**, çeviren: Mehmet Küçük, Ankara: Dost Kitabevi Yayınları.
- Geissbuehler, V., ve Eberhard, J., (2002), “Fear of Childbirth During Pregnancy: A Study of more than 8000 Pregnant Women”, **J Psychosom Obstet Gynecol**, Vol. 23, no. 4, s. 229.
- Gemalmaz, M. S., (2010), **Ulusalüstü İnsan Hakları Genel Teorisine Giriş**, İstanbul: Legal Yayıncılık.
- Gert, B., ve Culver, C.M., (1979), “The justification of paternalism”, **Ethics**, Vol. 89, no. 2, s. 199-210.
- Giarenis, I., ve Cardozo, L., (2014), “Cosmetic genital surgery”, **Obstetrics, Gynaecology & Reproductive Medicine**, Vol. 24, no. 9, s. 286-288.
- Gille, H., (1998), “Feminist Philosophy”, **The Future of Philosophy: Towards the Twenty-First Century** içinde, Haz. Olivier Leaman, Londra, New York: Routledge.
- Gilligan, C., (1982), **In a Different Voice**, MA: Harvard University Press.

- Glazener, C.M., (1997), “Sexual function after childbirth: women’s experiences, persistent morbidity and lack of Professional recognition”, **Br J Obstet Gynaecol**, Vol. 104, s. 330-335.
- Gold, K.J., Dalton, V.K., Schwenk T.L., vd., (2007), “What causes pregnancy loss? Preexisting mental illness as an independent risk factor”, **General Hospital Psychiatry**, Vol. 29, no. 3, s. 207-213.
- Goldman, L., (1983), *Kant Felsefesine Giriş*, İstanbul: Metis.
- Gomes, U.A., Silva, A.A., Bettiol, H., vd., (1999), “Risk faktors for the increasing cesarean section ratein South Brazil: A comparison of two birth cohorts 1978-1979 and 1994”, **International Journal of Epidemiyology**, Vol. 28, s. 687-694.
- Gordon, L., (1990), **Women’s Body Woman’s Right**, Newyork: Penguin Books.
- Gökcan, H.T., (2013), **Tıbbi Müdahaleden Doğan Hukuki ve Cezai Sorumluluk**, İstanbul: Yetkin.
- Gökçay, B., ve Arda, B., (2017), “A review of research misconduct policies in Turkey, *Medicine and Law*”, Vol. 36, no. 4, s. 87-104.
- Göksu, Ö., (2019), **Estetik Cerrahi Olan Kadınların Toplumsal Cinsiyet Rol Tutumları ile Fonksiyonel Olmayan Tutumlarının Belirlenmesi**, Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi.
- Gökyıldız, Ş., (2004), “Postpartum dönemde cinsellik ve etkileyen faktörler”, **Androloji Bülteni**, C. 16, s. 75-77.
- Gölbaş1, Z., Tuğut, N., Erensel, A.Ş., vd., (2014), “Jinekoloji polikliniğine başvuran evli kadınlarda cinsel işlev bozukluğu yaygınlığı ve ilişkili bazı faktörler”, **Cumhuriyet Medical Journal**, C. 36, S: 1, s. 1-10.
- Gönen, R., Tamir, A., ve Degani, S., (2002), “Obstetrican’s opinions regarding patient choice in cesarean delivery”, **Am J Obstet Gynecol**, Vol. 99, s. 578-579.

- Gönenç, İ.M., ve Çakırer Çalbayram, N., (2017), “Contributions of pregnancy school program, opinions of women on the education and their post-education experiences”, **Journal Of Human Sciences**, Vol. 14, no. 2, s. 1609-1620.
- Gör Uslu, F., ve Çoban, A., (2020), “Adölesan Annelerin Sosyo-Demografik Özellikleri ve Doğum Sonuçlarının Değerlendirilmesi”, **Ebelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi**, C. 3, S. 1, s. 30-38.
- Gözükara, F., (2006), **Primigravidaların Doğum Sekline Yönelik Tercihleri ve Etkileyen Faktörler**, Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi.
- Gözükara, F., ve Eroğlu, K., (2008), “İlk doğumunu yapmış kadınların (primipar) doğum şekline yönelik tercihlerini etkileyen faktörler”, **Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi**, S. 15, no. 1, s. 32-46.
- Gözükara, F., ve Eroğlu, K., (2011), “Sezaryen Doğum Artışını Önlemenin Bir Yolu: “Bir Kez Sezaryen Hep Sezaryen” Yaklaşımı Yerine Sezaryen Sonrası Vajinal Doğum ve Hemşirenin Roller”, **Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi**, C. 18, S. 2, s. 89-100.
- Gözükara, İ., Karapınar, O., Hakverdi, U.A., vd., (2016), “Sezaryen Sonrası Vajinal Doğum: Sağlık Çalışanlarında Bir Anket Çalışması”, **The Journal of Gynecology-Obstetrics and Neonatology**, Vol. 13, no. 4, s. 151-153.
- Grisso, T., ve Appelbaum, P.S., (1998), “Assessing competence to consent to treatment”, **A guide for physicians and other health professionals**, New York: Oxford University Press, s. 31-60.
- Grosz, E., (1992), “Conclusion: Sexual Difference and the Problem of Essentialism”, **Feminist Knowledge: Critique and Construct** içinde, ed. Sneja Gunew, New York: Routledge, s. 332-344.
- Grosz, E., (1994), **Volatile Bodies: Toward a Corporeal Feminism**, Bloomington: Indiana University Press.
- Grosz, E., (2014), “Deneyisel Arzu ve Queer Öznelliği Yeniden Düşünmek”, **Cogito**, S. 65-66, s. 7-37.

- Gungor, S., Baser, I., Ceyhan, T., vd., (2008), “Does mode of delivery affect sexual functioning of the man partner?”, **J Sex Med**, Vol. 5, s.155-163.
- Gunson, D., (2009), “Solidarity and the Universal Declaration on Bioethics and Human Rights”, **Journal of Medicine and Philosophy**, Vol. 34, no: 3, s. 241-260.
- Gutzeit, O., (2019), “Postpartum Female SexualFunction: Risk Factors For Postpartum Sexual Dysfunction”, **Sex Med**, C. 8, s. 8-13.
- Güler, E.S., ve Yanikkerem, E., (2018), “Kadınların Doğum Yöntemleri ve Sezaryen Sonrası Vajinal Doğum Hakkında Düşünceleri”, C. 27, S. 1, **Sted**, s. 27-36
- Güllülü, U., Erciş, A., Ünal, S., vd., (2008), **Sağlık Hizmetlerinde Müşteri Memnuniyeti**, Ankara: Detay Yayıncılık.
- Gültekin, E., (2016), “Etik açıdan doğru hekim-hasta iletişimi nasıl olmalıdır?”, **Türkiye Klinikleri J Med Ethics**, C. 24, S. 3, s. 111-115.
- Günay, Y., Elçioğlu, Ö., ve Koç, S., (2000), “Hasta ve Hekim Hakları Açısından Hasta Rızası”, **Türkiye Klinikleri J Med Ethics**, C. 8, s. 46-50
- Günaydın, B., (2016), “Sezaryen Operasyonlarında Akılcı Oksitosin Kullanımı”, **Anestezi Dergisi**, C. 24, S. 4, s. 219-220.
- Güney, M., Uzun E., Oral B., Sarıkan İ., vd., (2006), “Kliniğimizde 2001-2005 Yılları Arasında Sezaryen Oranı ve Endikasyonları”, **Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi**, S. 3, no. 4, s. 249-254.
- Güngör, I., Gökyıldız, Ş., ve Nahçıvan, N., (2004), “Sezaryen doğum yapan bir grup kadının doğuma ilişkin görüşleri ve doğum sonu erken dönemde yaşadıkları sorunlar”, **İ.Ü. Florance Nightingale Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi**, S. 13, s. 53-56.
- Gürbüz, N., (2014), **Biyotıp Hukukunda İnsan Onuru**, İstanbul: On İki Levha Yayıncılık.
- Gürelli, N., (1979), “Hukuk Açısından Cerrahi Müdahalenin Sınırları”, **İÜHF Mecmuası**, C. 45, S. 45, s. 267-275.

Güryuva, D., (2013), Zorla Güzellik: Recep İvedik Serisinde Bedensel Güzellik ve Çirkinlik, **Fe Dergi**, C. 5, S. 2, s. 108-119.

Güvel, S., Yaycıoğlu, Ö., Bağış, T., vd., (2003), “Evli kadınlarda cinsel fonksiyonlara etkin faktörler”, **Türk Üroloji Dergisi**, Vol. 29, s. 43-48.

Güven, B., (2010), **Hasta Bilgilerinin Gizliliği Prensibi**, İstanbul: İstanbul Bilgi Üniversitesi.

Güvenbaş, M., ve Şaylıgil, Ö., (2019), “Bilgilendirilmiş Rıza İçin Akılcı Bir Dizi Standarda Gerek Var mıdır?”, **Türkiye Klinikleri J Med Ethics**, C. 27, S. 3, s. 277-284.

Güvercin, C.H., (2007), **Türkiye’deki Gelişimi Açısından Hasta Hakları Kavramı**, Doktora Tezi, Ankara Üniversitesi.

Güvercin, C.H., ve Arda, B., (2010), “The Perception of the Concept of Patient Rights in Turkey. Examples from the Press”, **Revista Romana de Bioetica**, Vol. 8, no. 3, s. 149-159.

Güzeldemir, M.E., (2005), “Hasta Bilgilendirmenin Önemi”, **Türkiye Sendrom Tıp Dergisi**, C. 17, S. 5, s. 36-53.

Güzelsarı, S., (2008), **Küresel Kapitalizm ve Devletin Dönüşümü: Türkiye’de Mali İdarede Yeniden Yapılanma**, İstanbul: Sosyal Araştırmalar Vakfı.

Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (2010) Türkiye’de Doğurganlık, Üreme Sağlığı ve Yaşlılık, 2008 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması İleri Analiz Çalışması,
https://fs.hacettepe.edu.tr/hips/dosyalar/yayinlar/2010_tnsa2008_ilerianaliz_compressed.pdf (Son erişim tarihi: 02.10.2021).

Hacettepe Üniversitesi Nüfus Etütleri Enstitüsü (2018), Nüfus ve Sağlık Araştırması
http://www.sck.gov.tr/wp-content/uploads/2020/08/TNSA2018_ana_Rapor.pdf
(Son erişim tarihi: 02.10.2021).

Hacıoğlu, M., (2017), “Kadının Cinsel Sağlığı”, **III. Kadın Hekimlik ve Kadın Sağlığı Kongresi Kadını Görmeyen Aile ve Sağlık Politikaları Kongre Kitabı**, İstanbul: TTB Yayınları, s.146-152.

Hakeri, H., (2007), **Tıp Hukuku**, Ankara: Seçkin Yayıncılık.

Hakeri, H., (2017), “Aydınlatma ve Ceza Hukuku Bakımından Sonuçları”, **VI. Sağlık Hukuku Kurultayı** içinde, ed. Cahid Doğan ve Berna Özpınar Gümrükçüoğlu, Ankara: Sarıyıldız, s. 25-35.

Hannah, M.E., Whyte, H., Hannah, W.J., vd., (2004), “Maternal outcomes at 2 years after planned cesareansection versus planned vaginal birth for breech presentation at term: the international randomized Term Breech Trial”, **AmJ Obstet Gynecol**, Vol. 191, s. 917-927.

Haraway, D.J., (1991) “Situated Knowledges: The Science Question in Feminism and the Privilege of Partial Perspective”, **Simians, Cyborgs, and Women** içinde, London: Free Association, s. 183-251.

Haraway, D.J., (1997), **Modest_Witness@Second_Millennium.FemaleMan@_Meets_Oncomouse™: Feminismand Technoscience**, London and New York: Routledge.

Haraway, D.J., (2003), **The Companion Species Manifesto: Dogs, People, and Significant Otherness**, Chicago: Prickly Paradigm.

Haraway, D.J., (2006), **Siborg Manifestosu Geç Yirminci Yüzyılda Bilim, Teknoloji ve Sosyalist-Feminizm**, İstanbul: Agora.

Haraway, D.J., (2010), **Başka Yer**, İstanbul: Metis.

Hardin, M.A., ve Buckner, B.E., (2004), “Characteristics of a positive experience for women who have unmedicated childbirth”, **The Journal of Perinatal Education**, Vol. 13, s. 10-16.

Harding, S., (1995), “Feminist Yöntem Diye Bir Şey Var mı?”, **Farklı Feminizmler Açısından Kadın Araştırmalarında Yöntem**, ed. Serpil Çakır ve Necla Akgökçe, İstanbul: Sel Yayıncılık, s. 34-47.

- Harris, J., (2001), **Bioethics**, New York: Oxford University Press.
- Hart, G. ve Wellings, K., (2002), “Sexual Behaviour and its Médicalisation: In Sickness and in Health”, **BMJ**, Vol. 324, s. 896-900.
- Has, R., ve Saygılı, R., (2004), “Doğum Operasyonları”, **Doğum Bilgileri** içinde, ed. S. Berkman ve R. Has, Ankara: Nobel Tıp Kitabevi, s. 64-66.
- Hasta Hakları Yönetmeliği (1998), **T. C. Resmî Gazete**, 23420, (01.08.1998), <https://www.mevzuat.gov.tr/File/GeneratePdf?mevzuatNo=4847&mevzuatTur=KurumVeKurulusYonetmeliği&mevzuatTertip=5>, (Son erişim tarihi: 28.02.2022)
- Hasta Hakları Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik (2016), **T. C. Resmî Gazete**, 29927, (23.12.2016), <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2014/05/20140508-3.htm>, (Son erişim tarihi: 28.12.2022).
- Hastaneler Talimatnamesi (1955), **T. C. Resmî Gazete**, 8972, (04.04.1955), <https://www.resmigazete.gov.tr/arsiv/8972.pdf>, (Son erişim tarihi: 02.02.2022).
- HASUDER Sağlık Politikaları ve İstihdam Çalışma Grubu (2011), Performansa Dayalı Ek Ödeme Sistemi, <https://halksagligi.deu.edu.tr/performansa-dayali-ek-odeme-sistemi/> (Son erişim tarihi: 06.12.2022).
- Hatırnaz Erol, G., (2009), **Özel Hastanelerin Hukuki Sorumluluğu ve Hasta Hakları**, Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- Hayes, R., ve Dennerstein, L., (2005), “The impact of aging on sexual function and sexual function and sexual dysfunction in women: A review of population-based studies”, **J SexMed**, Vol. 2, s. 317-330.
- Hayles, N.K. (1999), **How We Became Posthuman, Virtual Bodies in Cybernetics, Literature, and Informatics**, Chicago: University of Chicago Press.
- Heidari, M., Merghati, K.E., Kioni, A., ve Mohammadi T.S., (2009), “A Study of the relationship between sexual activity and breastfeeding”, **J Mazandron Univ Med Sci.**, Vol. 19, s. 54-60.

Hekman, J. S., (2016), **Toplumsal Cinsiyet ve Bilgi: Postmodern Bir Feminizmin Öğeleri**, çeviren: Bekir Balkız ve Ümit Tatlıcan, İstanbul: Say Yayınları.

Hewitt, M., (1999), “Bio-politics and Social Policy: Foucault's Account of Welfare”. **The Body Social Process and Cultural Theory** içinde, ed. Mike Featherstone, Mike Hepworth ve Bryan S.Turner, Sage.

Hicks T.L., Goodall, S.F., Quattrone, E.M., vd., (2004), “Postpartum sexual functioning and method of delivery: summary of the evidence”, **J Midwifery Women's Health**, Vol. 49, s. 430-436.

Hildingson, I., Radestad, I., Rubertsson, C., vd., (2002), “Few women wish to be delivered caesarean delivery”, **BJOG**, Vol. 109, s. 618-623.

Himmetoğlu, Ö., ve Demirtürk, F., (2003), “Sezaryen güncel değerlendirme ve kabul edilebilir sezaryen oranlarının sağlanması yönünde öneriler”, **MN-Klinik Bilimler&Doktor**, S. 9, s. 516-523.

hooks, b., (2002), **Feminizm Herkes İçindir Tutkulu Politika**, İstanbul: bgst Yayınları.

Hopkins, K., (2000), “Are Brazilian women really choosing to delivery by cesarean?”, **Soc Sci Med**, Vol. 99, s. 557-580.

Hopkins, K., (2000), “Are Brazilian women really choosing to delivery by cesarean?”, **Soc SC Med**, Vol. 99, no. 4, s. 557-580.

Hosseini, V.M., Nazarzadeh, M., ve Jahanfar, S., (2018), “Interventions for reducing fear of childbirth: A systematic review and meta-analysis of clinical trials”, **Women Birth**, Vol. 31, no. 4, s. 254-262.

Hotun Şahin, N., Yıldırım, G., ve Aslan E., (2007), “Evaluating the Second Stages of Deliveries in a Maternity Hospital”, **Türkiye Klinikleri J Gynecol Obst**, Vol. 17, s. 37-43.

IPPF (1995), Sexual Rights: An IPPF Declaration, https://www.ippf.org/sites/default/files/sexualrightsippfdeclaration_1.pdf. (Son erişim tarihi: 07.08.2022).

ISAPS (2016), International Survey on Aesthetic/Cosmetic Procedures, <https://www.nygart.dk/wp-content/uploads/2013/12/2016-ISAPS-Results.pdf> (Son erişim tarihi:10.04.2022)

ISAPS (2019), Isaps International Survey on Aesthetic/Cosmetic Procedures, <https://www.nygart.dk/wp-content/uploads/2019/12/ISAPS-Global-Survey-Results-2018-new.pdf> (Son erişim tarihi: 10.04.2022)

Işık Yılmaz, Ş.B., (2012), “Tıbbi Müdahalelerde Hekimin Aydınlatma Yükümlülüğü”, **TBB Dergisi**, S. 98, s. 390-410.

İbas, I., (2009), **Annelerin Sezaryen Olma Nedenleri ile Doğum Sonrası Sağlık Kuruluşlarına Başvurma Durumları**, Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi.

İğde Artıran, F., (2004), “Sezaryan sonrası vajinal doğum”, **Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi**, C. 13, S. 4, s. 137-140.

İlyasoğlu, A., (2000), “Toplumsal Mesafe, Kadınlar ve Kimlik: İslamcı Kadın Kimliğinin Araştırılmasında Yöntem Sorunları,” **Farklı Feminizmler Açısından Kadın Araştırmalarında Yöntem**, ed. Serpil Çakır ve Necla Akgökçe, İstanbul: Sel Yayıncılık, s. 213-216.

İnan, C., Ağır, M. Ç., Sağır, F. G., vd., (2015), “Assessment of the effects of perineoplasty on female sexual function”, **Balkan medical journal**, Vol. 32, no. 3, s. 260.

İnceoğlu, Y., ve Kar, A., (2016), **Dişilik, Güzellik ve Şiddet Sarmalında Kadın ve Bedeni**, İstanbul: Ayrıntı Yayınları.

İncesu, C., (2004), “Cinsel işlevler ve cinsel işlev bozuklukları”, **Klinik Psikiyatri Dergisi**, C. 7, S. 3, s. 3-13.

İncesu, E., (2014), “Konya Seydişehir Devlet Hastanesinde Yatan Hastaların Bilgilendirilme ve Aydınlatılmış Onam Alma Süreçlerinin Değerlendirilmesi”, **Adli Bilimler Dergisi**, C. 13, S. 1, s. 16-27.

- İngeç, M., Kumtepe, Y., Özdiller, O., vd., (2002), “Sezaryen sonrası vajinal doğum”, **Türkiye Klinikleri Obstetrik-Jinekoloji**, C. 14, s. 96-100.
- İsbir, G.G., ve Topcu, B., (2018), “Effects of Intrapartum Oxytocin Induction on the Labor Pain and Fear of Labor”, **J Educ Res Nurs**, Vol. 15, no. 2, s. 94-98.
- Jackson, N.V., ve Irvine, L.M., (1998), “Influence of Maternal Request on the Elective Cesarean Section Rate”, **Journal of Obstetric Gynecology**, Vol. 18, no. 2, s. 115-19.
- Jaggar, A.M., (1994), “Abortion and a Woman’s Right to Decide”, **Living with Contradictions: Controversies in Feminist Social Ethics** içinde, ed. Allison M. Jaggar, Colorado: Westview Press.
- Jhonnes, C.B., Clayton, A.H., Odam, D.M., vd., (2009), Distressing sexual problems in United States women revisited: Prevalence after accounting for depression, **The Journal of clinical psychiatry**, Vol. 70, no. 12, s. 1698-1706.
- Johanson, R., Newburn, M., ve Macfarlane, A., (2002), “Has the medicalisation of childbirth gone too far?”, **BMJ**, Vol. 324(7342), s. 892-895. doi: 10.1136/bmj.324.7342.892.
- Johnson, J., (2012), **Anne yeni doğan hemşireliği açıklığa kavuşturulmuş kendi kendine öğrenim rehberi**, çeviri: M. Nedim Çiçek ve Lale Taşkın, Ankara: Palme Yayıncılık.
- Jonsen, A.R., (1998), "Great Issues of Conscience: Medical Ethics Before Bioethics", **The Birth of Bioethics** içinde, New York: Oxford University Press, s. 3-33.
- Kaçan, T., (2018), **Çalışan Evli Kadınların Cinsel Yaşam Kalitesinde Toplumsal Cinsiyet Roller ve Çift Uyumu İlişkisi**, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Gelişim Üniversitesi.
- Kadri, N., Alami McHichi, K.H., ve Tahiri Mchakra, S., (2002), “Sexual dysfunction in women: population based epidemiological study”, **Archives of Women’s Mental Health**, Vol. 5, no. 2, s. 59-63.

- Kagan, M., (1982), **Güzellik Bilimi Olarak Estetik ve Sanat**, İstanbul: Altın Kitaplar Yayınevi.
- Kahramanoğlu, İ., Baktıroğlu, M., Hamzaoğlu, K., vd., (2017), “The Impact of Mode of Delivery on The Sexual Function of Primiparous Women: A Prospective Study”, **Arch Gynecol Obstet**, Vol. 295, s. 907-916.
- Kalaça, Ç., (1996), “Tıbbi Girişimin Reddi, Hastanın Karar Verme Yeterliği ve Psikiyatristlerin İlgili Tıbbi, Etik ve Hukuksal Bilgiye Sahip Olma Açısından Kendilerini Tanımladıkları Konum”, **Türkiye Klinikleri Tıbbi Etik Dergisi**, C. 4, S. 2, s. 55-60.
- Kalemoğlu, M., (2005), “Acil Serviste Hekim Sorumluluğu”, **Türkiye Klinikleri Dergisi**, C. 25, S. 6, s. 824-828.
- Kalish, R.B., McCullough, L.B., ve Chervenak, F.A., (2008), “Patient choice cesarean delivery”: Ethical issues, **Curr Opin Obstet Gynecol**, Vol. 20, no. 2, s. 116-119.
- Kangal, Z. T., "Ceza Hukukunda Varsayılan Rıza", **GÜHFD**, C. 15, S. 4, Ankara, 2011
- Kant, I., (2002), **Ahlak Metafiziğinin Temellendirilmesi**, Çeviren: Ionna Kuçuradi, Ankara: Türkiye Felsefe Kurumu.
- Kapani, M., (1976), **Kamu Hürriyetleri**. Ankara: Sevinç Matbaası.
- Karabel, M.P., Demirbaş, M., ve İnci, M.B. (2017), “Türkiye’de ve Dünya’da Değişen Sezaryen Sıklığı ve Olası Nedenleri”, **Sakarya Tıp Dergisi**, C. 7, S. 4, s. 158-163.
- Karabulutlu, Ö., (2012), “Kadınların doğum şekli tercihlerini etkileyen faktörler”, **İ.Ü.F.N. Hemşirelik Dergisi**, S. 20, s. 210-218.
- Karaca Bozkurt, Ö., (2011), **Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı (ICPD, 1994) Eylem Programı’nın Türkiye’de Uygulanan Sağlık Politikalarına Yansımalarının Toplumsal Cinsiyet Perspektifinden İncelenmesi**, Ankara: T.C. Başbakanlık Kadının Statüsü Genel Müdürlüğü.
- Karaçam, Z., (2008a), “Epizyotominin doğum sonrası dönemde cinsel fonksiyona etkisi”, **Hemşirelikte Araştırma Dergisi**, C. 10, S. 1, s. 38-46.

- Karaçam, Z., (2008b), “Normal postpartum dönem fizyolojisi ve bakımı”, **İnfertilite** içinde, ed. A. Şirin ve O. Kavlak, s. 708-756.
- Karaçam, Z., ve Akyüz, E.Ö., (2011), “Doğum eyleminde verilen destekleyici bakım ve ebe/ hemşirenin rolü”, **İ.Ü.F.N. Hemşirelik Dergisi**, S. 19, s. 45-53.
- Karaçam, Z., ve Çalışır, H., (2012), “İlk kez doğum yapan kadınlarda gebelik öncesi ve doğum sonrası dönemlerde dispareni sıklığı ve ilişkili durumlar”, **Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi**, S. 15, no. 3, s. 205-213.
- Karakaplan, S., (2007), **Doğum şeklinin annelerin doğum sonu konforuna ve yenidoğan üzerine etkisi**, Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi.
- Karakoyunlu, F.B., ve Öncel, S., (2014), “15-49 yaş grubu evli kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğu görülme sıklığı Antalya / Türkiye”, **Türkiye Klinikleri Journal of Nursing**, C. 6, S. 2, s. 63-74.
- Karakuş, A., Sahin, N.H., (2008), “Women's opinions and perceptions toward birth methods after birth. abstracts of posters”, **The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care**, Vol. 13, s. 166-167.
- Karaman, Ö., (2015), “Cerrahi Aydınlatılmış Onam Hakkında Hastaların Bilgi Düzeyinin İncelenmesi”, **HSP**, C. 2, S. 3, s. 318-328.
- Karataş, M., ve Görkey, Ş., (2001), “Çocuklarda Aydınlatılmış Onam”, **Türkiye Biyoetik Derneği, II: Ulusal Tıbbi Etik Kongresi Bildiri Kitabı** içinde, ed. Berna Arda, Recep Akdur ve Erdem Aydın, Ankara: Biyoetik Derneği Yayınları, s. 483-491.
- Karlström, A., Nystedt, A., ve Hildingsson, I., (2011), “A comparative study of the experience of childbirth between women who preferred and had a caesarean section and women who preferred and had a vaginal birth”, **Sexual&Reproductive Health care**, Vol. 2, s. 93-99.
- Kart, E., (2013), “Sağlıkta Dönüşüm Sürecinde Performansa Dayalı Ücretlendirmenin Hekimler Üzerindeki Etkileri”, **Çalışma ve Toplum**, C. 3, s. 103-140.

- Kartal, B., Özhan, T., ve Cırık, M., (2014). “Primipar kadınların epizyotomi bakımına ilişkin Uygulamaları”, **Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi**, C. 3, S. 4, s. 1056- 1066.
- Kasap, E., Aksu, E.E., Şahin, N., vd., (2016), “Doğum şeklinin seksüel fonksiyon üzerine etkisi var mıdır?”, **Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dergisi**, C. 26, S. 3, s. 201-206.
- Katoğlu, T., (2007), “Hekimin Cezai Sorumluluğu ve Yeni Türk Ceza Kanunu”, Marmara Üniversitesi Hukuk Fakültesi, Sağlık Hukuku ve Yeni Türk Ceza Kanunundaki Düzenlemeler Sempozyumu Özel Sayısı, s.217-220.
- Katz, A., (2010), “Sexual speaking; sexual speaking; sexual changes during and after pregnancy”, **The American Journal of Nursing**, Vol. 110, no. 8, s. 50-52.
- Kaya, F., (2014), **Peter Singer’ın Faydacı Etik Görüşü Çerçevesinde Kürtajın Değerlendirilmesi**, Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi.
- Kaya, F., ve Serin, Ö., (2008), “Doğum Öncesi Bakımın Niteliği”, **Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi**, C. 5, S. 1, s. 28-35.
- Kaya, M., (2012), “Hekimin Aydınlatma Yükümlülüğü ve Kişilik Hakkı ile İlişkisi”, **TAAD**, C. 1, S. 8, s. 45-82.
- Kaya, N., ve Güler, H., (2021), “Türk Toplumunda Doğum Korkusunu Belirlemeye Yönelik Kullanılan Ölçekler”, **Sted**, C. 30, S. 1, s. 69-75
- Kaya, Ş.Ş., (2011), “Televizyonda Kadın, Sağlık ve Hastalık”, **Sosyoloji Araştırmaları Dergisi**, C. 14, S. 2, s. 118-150.
- Kayaer, N., (2012), **Ceza Hukukunda Hekimin Tıbbi Müdahalesi Çerçevesinde İşlenen Taksirle Öldürme Suçu**, Doktora Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi.
- Keskin, H., (2019), “Bir Sorunsal olarak Doğumun Tıbbileşmesi” Uluslararası Sağlık Toplum ve Kültür Sempozyumu Kitabı içinde, Ed. Erkan Çer, Nazan Kahraman ve Timur Yılmaz, Ankara, Kibatek, s. 134-144.
- Keskin, İ., (2015), “Kürtaj tartışmaları ve feminizm” **Fe Dergi** C. 7, S. 1, s. 86-95.

Khajehei, M., Doherty, M., Tilley, P.J.M., vd., (2015), Prevalence and risk factors of sexual dysfunction in postpartum Australian women, **J Sex Med**, Vol. 12, s. 1415-1426.

Kıcalıoğlu, M., (2011), **Doktorların ve Hastanelerin Tıbbi Müdahaleden Kaynaklanan Hukuki Sorumlulukları**, Ankara: Adalet.

Kılıçaslan, Z., (2015), Medikalizasyon (Tıbbileştirme), “Aşırı Teşhis/Tedavi ve Kısırtılmış Sağlık Talebi”, <http://www.sdplatform.com/Dergi/862/Medikalizasyon-tibbilestirme-asiriteshistedavi-ve-kiskirtilmis-saglik-talebi.aspx>, (Son erişim tarihi: 06.08.2021).

Kırılmaz H., ve Ulusinan, E., (2021), “Tıp Etiği Çerçevesinde Sezaryen”, **Türkiye Biyoetik Dergisi**, C. 8, S. 2, s. 114-125.

Kırılmaz, H., Fıçıcı, Y., ve Şimşir, İ., (2018), “Hasta Hakları Farkındalığına Yönelik Bir Araştırma”, **Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi**, C. 18, S. 41, s. 233-258.

Kırımlıoğlu, N., (1998), “Aile Planlaması, Gebeliğin Sonlandırılması ve Türkiye'deki Nüfus Politikaları Hakkında Yasalar ve Etik Yaklaşımlar”, **Türkiye Klinikleri J Med Ethics**, C. 6, S. 1, s. 24-32.

Kısa, A., ve Tokgöz, N., (ed), (2007), **Sağlık Kurumları Yönetimi**, Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Yayınları.

Kıyak Çağlayan, E., Kara, M., ve Cihan Gürel, Y., (2011), “Kliniğimizdeki Sezaryen Operasyonlarında Görülen Komplikasyonlar ve Olası Risk Faktörlerinin Değerlendirilmesi”, **Bakırköy Tıp Dergisi**, C. 7, S. 2, s. 65-68.

Kızılyel, S., (2008), “İdarenin Sağlık Hizmetlerinden Doğan Tazminat Sorumluluğu”, Ankara Barosu, Ankara Üniversitesi Hukuk Fakültesi, Sağlık Hukuku Kurultayı Kitabı, s. 203-240.

King, M., (1991), **Women of Renaissance**, Chicago: The University of Chicago Press.

Kitamura, T., (1998), “Psychiatric epidemiology in Japan: towards psychological understanding of the etiology of minor psychiatric disorders”, **Psychiatry Clin Neurosci**, Vol. 52, s. 275-257.

- Klein, M.C., Gauthier, R.J., Robbins, J.M., vd., (1994), “Relationship of episiotomy to perineal trauma and morbidity, sexual dysfunction, and pelvic floor relaxation”, **Am J Obstet Gynecol**, Vol. 171, s. 591-598.
- Klein, M.C., Kaczorowski, J., Firoz, T., vd., (2005), “A comparison of urinary and sexual outcome in women experiencing vaginal and cesarean births”, **J ObstetGynaecol Can**, Vol. 27, s. 332-339.
- Koç, E., ve Oskay, Ü., (2015), “Postpartum dönemde cinsellik ve danışmanlık”, **KASHED**, C. 2, S. 1, s. 15-26.
- Kombos, J.A., (1991), **Beliefs, Attitudes, Subjective Norms and Interventions of Woman Choosing Between a Scheduled Repeat Cesarean Section or an Attempt at a Vaginal Birth**, Toronto: The University of Toronto.
- Konakçı S.K., ve Kılıç, B., (2002), “Sezaryen ile Doğumlar Artıyor”, **Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi**, C. 8, S. 11, s. 286-288.
- Konakçı S.K., ve Kılıç, B., (2004), “İzmir’de Sezaryen ile Doğum Sıklığı ve Buna Etki Eden Faktörler”, **Türkiye Klinikleri Obstetrik-Jinekoloji**, S. 14, s. 88-95.
- Korkmaz, A., Aydın, Ş., Çamurdan Duyan, A., vd., (2013) “Türkiye’de bebek ölüm nedenlerinin ve ulusal kayıt sisteminin değerlendirilmesi”, **Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi**, S. 56, s. 105-121.
- Korkmaz, Ş., (2003), **Sağlık Kuruluşlarında İnsan Kaynakları Yönetimi Uygulamaları ve Konuya İlişkin İstanbul İl sınırları İçinde Yer Alan 50 Yatak ve Üstü Kapasiteli Özel Sektör Hastanelerinde Bir Araştırma**, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi.
- Korkut, S., ve Kaya, N., (2019), “Sezaryen doğum kararına ebe farkındalığı ile etik yaklaşım”, **Arch Health Sci Res**, C. 6, S. 1, s. 144-152.
- Korsch, B.M. ve Harding, C., (1997), “The Intelligent Patient's Guide to The Doctor-Patient Relationship”, **Learning How to Talk So Your Doctor Will Listen** içinde, NY: Oxford University Press.

- Kömürcü, N., ve Gençalp, N.S., (2002), “Geçmişten günümüze doğuma yardım”, **Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi**, C. 5, S. 1, s. 78-82.
- Körükçü, Ö., Kukulu, K., ve Adak, N., (2012), Kadının Üreme Sağlığına Eleştirel Bir Bakış: Kadın Bedeninin Medikalizasyonu”, **Türkiye Klinikleri J Med Ethics**, C. 20, S.1, s. 43-52.
- Köse, E., (2013), “Critical Perspectives on Sex / gender dualism or Nature “Is it natural?”, **Doğu-Batı: Toplumsal Cinsiyet II**, S. 64, s. 37-52.
- Köysüren, A., (2013), **Kültürel ve Dini Algıda Toplumsal Cinsiyet**, Bursa: Sentez.
- Kristeva, J., (1994), “Kadınların Zamanı”, **Defter 21**, s. 7-29.
- Kuçuradi, İ., (2007), **İnsan Hakları: Kavramları ve Sorunları**, Ankara: Türkiye Felsefe Kurumu.
- Kuçuradi, İ., (2009), **Uludağ Konuşmaları, Ahlak ve Kavramları**, Ankara: Türkiye Felsefe Kurumu.
- Kuçuradi, İ., (2010), **İnsan ve Değerleri**, Ankara: Türkiye Felsefe Kurumu.
- Kupari, M., Talola, N., Luukkaala, T., vd., (2016), “Does an increased cesarean section rate improve neonatal outcome in term pregnancies?”, **Archives of Gynecology and Obstetrics**, Vol. 294, s. 41-46.
- Kurt Durmus, M., (2008), **Özel Hastanelerde Sezaryen Yapılma Durumu**, Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi.
- Kurdaş, M.Ç., (2017), “Medikalizasyon Süreci, Sağlığın Ticarileşmesi ve Bedenin Denetlenmesine Sosyolojik Bir Bakış”, **Adıyaman Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi**, C. 10, S. 27, s. 983-1012.
- Küçük, A., Gökçınar, D., Aksoy, E., vd., (2012), “Performansa göre ek ücret ödemesinin anestezi uygulamalarına etkileri”, **Turkish Journal of Anaesthesiology and Reanimation**, C. 40, S. 5, s. 262-268.
- Kümbetoğlu, B., (2005), **Sosyolojide ve Antropolojide Niteliksel Yöntem ve Araştırma**, İstanbul: Bağlam Yayıncılık.

- Kümbetoğlu, B., (2011), “Feminist Yöntem ve Kadın Çalışmalarına ilişkin Bazı Sorular, Sorunlar”, **Birkaç Arpa Boyu... 21. Yüzyıla Girerken Türkiye’de Feminist Çalışmalar**, C. 1, İstanbul: Koç Üniversitesi Yayınları.
- Kütmeç, C., (2009), “Kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğu ve hemşirelik bakımı”, **Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi**, C. 4, S. 12, s. 111-136.
- LaCross, A., Groff, M., ve Smaldone, A., (2015), Obstetric anal sphincter injury and anal incontinence following vaginal birth: a systematic review and meta analysis, **Journal of Midwifery & Women's Health**, Vol. 60, no. 1, s. 37-47.
- Ladd, R. E., (1996), “Partiality and the Pediatrician”, **The Journal of Clinical Ethics**, Vol. 7, no. 1, s. 29-33.
- Lazar, N.M., Greiner, G.G., Robertson, G., vd., (1996), “Bioethics for Clinicians: 5. Substitute Decision-Making”, **CMAJ**, Vol. 155, no. 10, s. 1435-1437.
- Leeman, L.M., ve Rogers, R.G., (2012), “Sex after child birth: Postpartum sexual function”, **American College of Obstetricians and Gynecologist**, Vol. 119, no. 3, s. 647-655.
- Lemeshow, S., Hosmer, J.D., Klar, J., vd., (2000), **Sağlık Araştırmalarında Örneklem Yeterliliği**, çeviren: S. Oğuz Kayaalp, Ankara: Hacettepe Taş Kitapevi.
- Lemke, T., (2013), **Biyopolitika**, çeviren: Utku Özmkas, İstanbul: İletişim Yayınları.
- Lidz, C.W., Appelbaum P.S., ve Meisel, A., (1988), Two models of implementing informed consent”, **Arch Int Med**, Vol. 148, s. 1385-1389.
- Lin, Y.W., ve Xin, W., (2021), “Woman’s Experience of Cesarean Delivery”, <https://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:1334723/FULLTEXT01.pdf> (Son erişim tarihi: 18.11.2022).
- Little, M.O., (1996), “Why a Feminist Approach to Bioethics?”, **Kennedy Institute of Ethics Journal**, Vol. 6, no. 1, s. 1-8.
- Littleton, L. Y., ve Engebretson, J., (2002), **Maternal, Neonatal and Woman’s Health Nursing**, Newyork: Delmar Thomson Learning.

Llaneza, P., Fernández-Iñarrea, J.M., Arnott, B., vd., (2011), “Sexual function assessment in postmenopausal women with the 14-item changes in sexual functioning questionnaire”, **The Journal of Sexual Medicine**, Vol. 8, no.8, s. 2144-2151.

Lloyd, G., (2015), **Erkek Akıl**, İstanbul: Ayrıntı.

London, M., (2009), “Sezaryen Doğum”, **Obstetri Normal ve Sorunlu Gebelikler** içinde, ed. Steven G. Gabbe, Jennifer R, Niebyl, ve J.L. Simpson, İstanbul: Nobel Kitabevleri, s. 486-492.

Lurie, S., Aizenberg, M., Sulema, V., vd., (2013), Sexual function after childbirth by the mode of delivery: a prospective study, **Arch Gynecol Obstet**, Vol. 288, no. 4, s. 785-792.

Lydon-Rochelle, M.T., Holt, V.L., ve Martin, D.P., (2001), “Delivery method and self reported postpartum general health status among primiparous women”, **Paediatric and Perinatal Epidemiology**, Vol. 15, no. 3, s. 232-240.

Lykke, N., (2010), **Feminist studies: a guide to intersectional theory, methodology and writing**, New York: Routledge.

Lynn, J., (1983), “Informed consent: An overview”, **Behavioral Science and Law**, Vol. 1, no. 4, s. 29-45.

Mackenzie C., (2014), “The Importance of Relational Autonomy and Capabilities for an Ethics of Vulnerability”, **New Essays in Ethics and Feminist Philosophy** içinde, ed. Catriona Mackenzie, Wendy Rogers ve Susan Dodds, New York: Oxford University Press.

MacKinnon, C. A., (2003), **Feminist Bir Devlet Kuramına Doğru**, çeviren: Türkan Yöney ve Sabir Yücesoy, İstanbul: Metis Yayınları.

Marcos, S., (2006), **Bedenler, Dinler ve Toplumsal Cinsiyet**, çeviren: Sibel Özbudun, Şafak Balkı ve İlker Çayla, 2006 Ankara: Ütopya.

Merleau-Ponty, M., (2002), **Phenomenology of Perception**, çeviren: Colin Smith, London: Routledge.

- Marshall, J.E., ve Raynor, M.D., (ed.), (2014), **Myles' Textbook for Midwives**, New York: Saunders/Elsevier.
- Marson, D., Dymek, M., ve Geyer, J., (2001), "Informed consent, competency, and the neurologist", **Neurologist**, Vol. 7, no. 6, s. 317-326.
- Martin, E., (1989), **The Woman In the Body: A Cultural Analysis of Reproduction**, Milton Keynes: Open University Press.
- Martin, N., (2001), "Feminist Bioethics and Psychiatry", **Journal of Medicine and Philosophy**, Vol. 26, no.4, s. 431-41.
- Marway, H., ve Widdows, H., (2015), "Philosophical feminist bioethics past, present, and future", **Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics**, Vol. 24, s. 165–174.
- Mazower, M., (2003), **Karanlık Kıt**, çeviren: Mehmet Moralı, İstanbul: İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları.
- Mazur, J.D., (1986), "What should patients be told prior to a medical procedure: ethical and legal perspectives on medical informed consent", **AJM**, Vol. 81, s. 1051-1054.
- McGrath, P., ve Ray-Barruel, G., (2009), "The easy option? Australian findings on mothers' perception of elective caesarean as a birth choice after a prior caesarean section", **Int J Nurs Pract**, Vol. 15, no. 4, s. 271-279.
- Mechanic, D., (2008), "Rethinking Medical Professionalism- The Role of Information Technology and Practice Innovations", **Milbank Quarterly**, Vol. 86, no. 2, s. 327-358.
- Merchant, C., (1980), **The Death of Nature: Women Ecology and the Scientific Revolution**, New York: Harper and Row.
- Mert, D.G., ve Erberk Özen, N., (2011), "Genel psikiyatri polikliniğine başvuran kadın hastalarda cinsel işlev bozukluğu ve ilişkili sosyokültürel parametrelerin değerlendirilmesi", **Klinik Psikiyatri**, S. 14, s. 85-93.
- Mete, S., (2008), "Kadın ve Cinsellik", **Kadın Sağlığı** içinde, ed. A. Şirin ve O. Kavlak, İstanbul: Bedray, s. 110-123.

- Mete, S., Çiçek, Ö., ve Uludağ, E., (2016), “Doğum Ağrısı ve Anksiyete Arasındaki İlişkinin İncelenmesi”, **Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi**, C. 9, S. 3, s. 101-104.
- Mete, S., Ertuğrul, M., ve Uludağ, E., (2015), “Bir Doğuma Hazırlık Eğitim Programı Doğumda Farkındalık”, **Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Elektronik Dergisi**, Vol. 8, no. 2, s. 131-134.
- Metin, S., (2010), **Biyo-Tıp Etiği ve Hukuk**, İstanbul: On İki Levha Yayıncılık.
- Midelfort, H.C.E., (1972), **Witch Hunting in Southwestern Germany 1562-1684**, Stanford California: University Press.
- Mies, M., (1995), “Feminist Araştırmalar için Bir Metodolojiye Doğru”, **Farklı Feminizmler Açısından Kadın Araştırmalarında Yöntem** içinde, çeviren: Ayşe Durakbaşı, ed. Aynur İlyasoğlu, Serpil Çakır ve Necla Akgökçe, İstanbul: Sel Yayıncılık, s. 48-67
- Mies, M., (2000), “Feminist Araştırmalar İçin Bir Metodolojiye Doğru”, **Farklı Feminizmler Açısından Kadın Araştırmalarında Yöntem** içinde, ed. Serpil Çakır ve Necla Akgökçe, İstanbul: Sel Yayıncılık, s. 48-66.
- Mies, M., Bennholdt-Thomsen, V., ve Von Werlhof, C., (2008), **Son Sömürge Kadınlar**, çeviren: Yıldın Temurtürkan, İstanbul: İletişim.
- Millett, K., (2000), **Cinsel Politika**, çeviri: Seçkin Selvi, İstanbul: Payel Yayınevi.
- Mining, L., Trimble, E.L., Sarsatti, C., vd., (2009), “Building The Evidence base for postoperative and postpartum advise”, **Obstet Gynecol**, Vol. 114, no. 4, s. 892-900.
- Minkoff, H., (2006), “The etics of cesarean section by choice”, **Semin Perinatol**, Vol. 30, no. 5, s. 309-312.
- Minkoff, H., Powderly, K.R., Chervenak, F., vd., (2004), Ethical dimensions of elective primary cesarean delivery”, **Obstet Gynecol**, Vol. 103, no. 2, s. 387-392.
- Moselay, A., (2010), **A’dan Z’ye Felsefe**, İstanbul: NTV Yayınları.

- Murray, C.J.L., and Frenk J., (2001), World Health Report 2000: A Step Towards Evidence-Based Health Policy, The Lancet Vol. 357, no.26, 1698-1700.
- Murray, C.J.L., ve Frenk J., (2000), A WHO Framework for Health System Performance Assessment, GPE Discussion Paper Series: No. 6, Geneva: WHO.
- Nappi, R.E., Liekens, G., ve Brandenburg, U., (2006), “Attitudes, perceptions and knowledge about the vagina: the International Vagina Dialogue Survey”, **Contraception**, Vol. 73, no. 5, s. 493-500.
- Nasr, E., Alshehri, N., Almutairi, M., vd., (2020), Fear from Childbirth among Pregnant Women, **Open Access Library Journal**, Vol. 7, s. 1-13.
- National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research (1979), Belmont Report, <https://www.hhs.gov/ohrp/regulations-and-policy/belmont-report/read-the-belmont-report/index.html>, (Son erişim tarihi: 10.09.2022).
- Neushaus, W., Scharkus, S., Hamm, W., vd., (1994), “Prenatal expectation and fears in pregnant woman”, **Journal Perinatal Medicine**, Vol. 22, s. 409-414.
- NIH (2006), State-of-the-Science Conference Statement on cesarean delivery on maternal request. **NIH Consens State Sci Statements**, Vol. 23, no. 1, s. 1-29.
- Nilstun, T., Habiba, M., Lingman, G., vd., (2008), “Cesarean delivery on maternal request: Can ethical problem be solved by the principlist approach?”, **BMC Med Ethics**, Vol. 9, no. 1, s. 9-11.
- Nobre, P.J., Pinto-Gouveia, J.E. ve Gomes F.A., (2006), “Prevalence and comorbidity of sexual dysfunctions in a Portuguese clinical sample”, **Journal of Sex & Marital Therapy**, Vol. 32, s. 173-182.
- Nussbaum, M.C., (2006), “Poverty and Human Functioning: Capabilities as Fundamental Entitlements”, **Poverty and Inequality** içinde, ed. David B. Grusky, Ravi Kanbur, Standford: Standford University Press, s. 47-75.

Nüfus Planlaması Hakkında Kanun (1983), **T. C. Resmî Gazete**, 18059, (27.05.1983), <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuatmetin/1.5.2827.pdf>, (Son erişim tarihi: 25.02.2022).

Nys, H., Welie, S., Garanis-Papadatos, T., vd., (2004), “Patient capacity in mental health care: legal overview”, **Health Care Anal**, Vol. 12, no. 4, s. 265-272.

O’Hara, M.W., ve McCabe, J.E., (2013), “Postpartum depression: Current status and future directions”, **Annual review of clinical psychology**, Vol. 9, no. 1, s. 379-407.

Oberg K., Fugl-Meyer A.R., ve Fugl-Meyer K.S., (2004), “On categorization and quantification of women’s sexual dysfunctions: An epidemiological approach”, **International Journal of Impotence Research**, Vol. 16, no. 3, s. 261-269.

O’connell, M.A., Leahy-Warren, P., Khashan A.S., vd., (2017), “Worldwide prevalence of tocophobia in pregnant women: systematic review and meta-analysis”, **Acta Obstetr Gynecol Scandinavica**, Vol. 96, no. 8, s. 907-920.

OECD (2011), Health at a Glance 2011: OECD Indicators, OECD Publishing.http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2011-en, (Son erişim tarihi: 15.11.2022)

OECD (2015), Caesarean sections (indicator) Total, Per 1 000 live births, 2015. Available from: <https://data.oecd.org/healthcare/caesarean-sections.htm>, (Son erişim tarihi: 09.01.2022).

OECD (2023), Caesarean sections (indicator), <https://data.oecd.org/healthcare/caesarean-sections.htm>, doi: 10.1787/ad3c39f-en, (Son erişim tarihi: 08.02.2023).

OECD ve DB (2008), Sağlık Sistemi İncelemeleri: Türkiye, http://www.kalite.saglik.gov.tr/content/files/uluslaratras_iacilimler_2011/upsem/OECD_Kitap.pdf, (Son erişim tarihi: 24.08.2022).

Oğuz, N.Y., (1994), **Psikiyatride Onam ve Aydınlatılmış Onam: Etik, Hukuk ve Bilim Açısından**, Doktora Tezi, Ankara Üniversitesi.

- Oğuz, Y., (1995), “Klinik Uygulamada Hekim-Hasta İlişkisi”, **Türkiye Klinikleri J Med Ethics**, C. 3, S. 2, s. 59-65.
- Okumuş, E., (2011), “Bedene Müdahalenin Sosyolojisi”, **Beden Sosyolojisi** içinde, ed. Kadir Canatan, İstanbul: Açılım Kitap, s.54-56.
- Okumuş, F., (2016), “Ebeler Liderliğinde Doğum Bakım Modeli: Hollanda Örneği”, **JACSD**, S. 7, s. 120-133
- Okumuş, H., ve Mete, S., (2009), **Anneler için Doğuma Hazırlık**, İstanbul: Deomend Matbacılık.
- Okyay, A.R., Akbaba M, Kirkit E., (2015), “Informed consent and vaccination”, **Turk J Public Health**, Vol. 13, no. 2, s. 155-159.
- Okyay, R.A., Akbaba, M., Kirkit, E., (2015), “Aydınlatılmış onam ve aşılama”, **Turk J Public Health**, C. 13, S. 2, s. 155-159.
- Olsson, A., Lundqvist, M., Faxelid, E., vd., (2005), “Women's thoughts about sexual life after childbirth: Focus group discussions with women after childbirth”, **Scandinavian Journal of Caring Sciences**, Vol. 19, no. 4, s. 381-387.
- O'Malley, D., Higgins, A., Begley, C., vd., (2018), “Prevalence of and Risk Factors Associated With Sexual Health Issues in Primiparous Women at 6 And 12 Months Postpartum; A Longitudinal Prospective Cohort Study”, **BMC Pregnancy and Childbirth**, C.18, no. 196. <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-018-1838-6>, (Son erişim tarihi: 13.06.2022).
- Onan Yılmaz, A., (2002), **Sezaryen Operasyonu Öncesinde Vajinal Muayenede Saptanan Servikal Dilatasyon ile Postoperatif Uterin İnsizyon Defekti Arasındaki İlişki**, Tıpta Uzmanlık Tezi, T. C. Sağlık Bakanlığı Dr. Lutfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi.
- Oniz, A., Keskinoglu, P., ve Bezircioglu, I., (2007), “The Prevalence and Causes of Sexual Problems among Premenopausal Turkish Women”, **Journal of Sexual Medicine**, Vol. 4, s. 1575-1581.

- Oral, T., (2011), “Hekimin Aydınlatma ve Hastanın Rızasını Alma Yükümlülüğü”, **Ankara Barosu Dergisi**, C. 2, s. 186-209.
- Orhaner, E., Birsen. K., ve Kurumlu, Y., (2020), “Performansa dayalı ödeme sisteminde hekimlerin örgütsel adalet algısı (Hekimlerin ödemelere yönelik adalet algısı)”, **Turk J Public Health**, C. 18, S. 2, s. 172-191.
- Overall, C., (1987), **Ethics and Human Reproduction: A Feminist Analysis**, Boston: Allen&Unwin.
- Ozankaya, Ö., (1982), **Toplumbilime Giriş**, Ankara: S Yayınları.
- Ozanoğlu, H. S., (2003), “Hekimlerin Hastalarını Aydınlatma Yükümlülüğü”, **Ankara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi**, C. 52, S.3, s. 55- 77.
- Ozar, D.T., (1995), “Professionand Professional Ethics”, **Encyclopedia of Bioethics** içinde, ed. Warren T. Reich, New York: Simon and Schuster Macmillan, s. 2103-2112.
- Öcal, Z., (2019), **Tıp Fakültesi Öğrencilerinin Normal Doğum Ve Sezaryen Doğum Tercihlerine İlişkin Görüşlerinin İncelenmesi**, Yüksek Lisans Tezi, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi.
- Öksüz, E., ve Malhan, S., (2005), “Kadın cinsel fonksiyon indeksi: Türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenilirlik analizi”, **Sendrom**, S. 17, s. 54-60.
- Öksüz, E., ve Malhan, S., (2006), **Sağlığa Bağlı Yaşam Kalitesi Kalitemetri**, Ankara: Başkent Üniversitesi Yayınları.
- Önal, G., (2001), “Ethics of Health Policy and Clinical Ethics in Medicine in terms of the Justice Policy”, **Istanbul University Faculty of Medicine**, Vol. 17, S. 190, s. 1-20.
- Öner, S., ve Koçaş, F., (2016), “Mersin’de 18-49 yaş arası bir grup kadında sezaryen sıklığı ve etkileyen faktörler”, **TAF Preventive Medicine Bulletin**, C. 15, S. 5, s. 401-407.
- Örs, Y., (1975), “Geçmişte ve günümüzde hekim-hasta ilişkisi”, **Tıp Dünyası**, C. 48, S. 6, s. 224-230.

Öz, F., (2010), **Sağlık Alanında Temel Kavramlar**, Ankara: Mattek.

Özaslan, A., (2006), “Aydınlatılmış Onam”, **Yeni Yasalar Çerçevesinde Hekimlerin Hukuki ve Cezai Sorumluluğu, Tıbbi Malpraktis ve Adli Raporların Düzenlenmesi** içinde, ed. C. Yorulmaz ve G. Çetin S. 48, İstanbul: İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Komisyonu, 43-54.

Özbilen, A.B., (2013), “Vücut Bütünlüğüne Yönelik Müdahalelerin Hukuka Uygunluğu Bakımından Rızanın Aranmadığı Haller”, **İstanbul Ticaret Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi**, C. 12, S. 2, s. 99-124.

Özcan, B.G., ve Özel, Ç., (2007), “Kişilik Hakları-Hasta Hakları Bağlamında Tıbbi Müdahale Dolayısıyla Çıkan Hukuki İlişkide Hekimin Hastayı Aydınlatma Yükümlülüğü ve Aydınlatılmış Rızaya İlişkin Bazı Değerlendirmeler”, **Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi**, C. 10, S.1, Ankara, 2007

Özcan, H., ve Aslan, Ö., (2013), “Doğum Şekli ve Doğum Sonrası Cinsel Yaşam: Prospektif Bir Çalışma (Güncel Makale Özeti)”, **Kadın Cinsel Sağlığı**, C.15, S. 54, s. 219-220.

Özdemir, A., Şahin, S., ve Arıöz Düzgün, A., (2021), “Vajinismusun Klinik Özellikleri, Yanlış Uygulamalar ve Tedavisindeki Yaklaşımlar”, **Ordu Üniversitesi Hemşirelik Çalışmaları Dergisi**, C. 4, S. 2, s. 280-286.

Özdemir, G.Y., ve Özdemir, A.M., (2006), “Medya ve Sağlık: Patolojik Bir İlişki”, **Toplum ve Hekim**, C. 21, S. 1, s. 32-38.

Özdemir, H., (2004), **Özel Hukukta Teşhis ve Tedavi Sözleşmesi**, Ankara: Yetkin Yayınevi.

Özdemir, S., (2007), **Konya İlinde Postpartum Depresyon Sıklığı ve İlişkili Sosyo Demografik Etmenler**, Tıpta Uzmanlık Tezi, Selçuk Üniversitesi.

Özerdoğan, N., Sayiner, F.D., Köşgeroğlu, N., vd., (2009), “40-65 yaş grubu kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğu prevalansı, depresyon ve diğer ilişkili faktörler”, **Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi**, S. 2, no. 2, s. 46-59.

- Özgönül, M.L., Arda, B., ve Dedeoğlu, N., (2019), “Tıp Etiği ve Hukuk Açısından Tıbbi Hata, Malpraktis ve Komplikasyon Kavramlarının Değerlendirilmesi”, **Türkiye Klinikleri J Med Ethics**, C. 27, S. 1, s. 48-56.
- Özgünen, T., ve Evruke, C., (2001), “Sezaryen”, **Obstetrik Maternal-Fetal Tıp&Perinatoloji** içinde, ed. S. Beksac, İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri, s. 1322-1328.
- Özkan, H., Uzun Özer, B., ve Arı, Ö., (2021), “Sezaryen ile Doğuma Güncel Bir Bakış: Modern Sezaryen Teorisi”, **Arşiv Kaynak Tarama Dergisi**, C. 30, S. 4, s. 226-235.
- Özkan, N., (2005), **Hekimin Hukuki Sorumluluğu**, Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi.
- Özkan, S., Aksakal, F., Avcı, E., vd., (2013), “Kadınların doğum yöntemi tercihi ve ilişkili faktörler”, **Turkish Journal of Public Health**, C. 11, S. 2, s. 59-71.
- Özkaya, O., (2005), “Süleyman Demirel Üniversitesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğindeki Beş Yıllık Doğum Oranları ve Sezaryen Endikasyonları”, **SDÜ Tıp Fak. Dergisi**, S. 12, s. 36-39.
- Özkazanç, A., (2018), “Siyaset Bilimi ve Psikoloji”, **Siyaset Bilimi: Kavramlar, İdeolojiler, Disiplinler**, ed. Gökhan Atılgan ve E. Attila Aytekin, İstanbul: Yordam Kitap, s. 556-566.
- Özpınar, B., (2008), “Tıbbi Müdahaleden Doğan Sorumluluğun Türleri”, **Ankara Barosu, Ankara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Sağlık Hukuku Kurultayı Kitabı**, s. 269-300.
- Özsunay, E., (1977), **Gerçek Kişilerin Hukuki Durumu**, İstanbul: Sulhi Garan Matbaası.
- Özsunay, E., (1983), “Alman ve Türk Hukuklarında Hekimin Hastayı Aydınlatma Ödevi ve İstisnaları”, **Türk Hukukunda Hekimin Hukuki ve Cezai Sorumluluğu Sorumluluk Hukukunda Yeni Gelişmeler Sempozyumu Kitabı** içinde, İstanbul: Fakülteler Matbaası, s. 31-59.

- Özcan, E., (2015), “Feminist Araştırmalar ve Yöntem”, **Toplumsal Cinsiyet Tartışmaları** içinde, ed. Feryal Saygılıgil, Ankara: Dipnot.
- Öztürk, O., (2002), **Ruh Sağlığı ve Bozuklukları**, Ankara: Feryal Matbaası.
- Pala, K., (2011), “Sağlık Hizmetlerinde Piyasalaşma Mekanizmaları”, Kapitalizmin Krizi ve Sağlık, Uluslararası Sağlık Politikaları Birliği Avrupa Birimi XVI. Konferansı Kitabı, <http://www.ttb.org.tr/kutuphane/kapitalizm>, (Son erişim tarihi: 28.06.2021).
- Pala, K., (2015). “Sağlıkta Dönüşüm Programının Toplum Sağlığı Göstergeleri Açısından Performansı”, **Toplum ve Hekim**, C. 30, S. 2 s. 141-149.
- Park, C. S., Yeoum, S. G., ve Choi, E. S., (2005), “Study of subjectivity in the perception of cesarean birth”, **Nursing and Health Sciences**, Vol. 7, no. 1, s. 3-8.
- Pedwell, C., ve Whitehead, A., (2012), “Affecting Feminism: Questions of feeling in feminist theory”, **Feminist Theory**, Vol. 13, no. 2, s. 115-129.
- Peipert, J.F., Hogan, J.W., Gifford, D., vd., (1999), “Strength of Indication for Cesarean Delivery: Comparison of Private Physician Versus Resident Service Labor Management”, **American Journal of Obstetric and Gynecology**, Vol. 181, no. 2, s. 435-439.
- Penna, L., ve Arulkumaran, S., (2003), “Cesarean section for non-medical reasons”, **Int J Gynecol Obstet**, Vol. 82, s. 399-409.
- Pınar G., Doğan, N., Algier, L., vd., (2009), “Annelerin Postpartum Konforunu Etkileyen Faktörler”, **Dicle Tıp Dergisi**, C. 36, S. 3, s. 184-190.
- Pieper, A., (1999), **Etiğe Giriş**, İstanbul: Ayrıntı Yayınları.
- Platon, (2020), **Yasalar**, çeviren: Candan Şentuna ve Saffet Babür, İstanbul: Kabalcı.
- Plumwood, V., (2004), **Feminizm ve Doğaya Hükmetmek**, çeviren: Başak Ertür, İstanbul: Metis.

- Pollack, J., Nordenstam, J., Brismar, S., vd., (2004), “Anal incontinence after vaginal delivery: afive-year prospective cohort study”, **Obstet Gynecol**, Vol.104, s.1394-1402.
- Popper, R.K., (2020), **Daha İyi Bir Dünya Arayışı**, İstanbul: YKY Yayınları.
- Priddis, H., Schmied, V., ve Dahlen, H., (2014), “Women’s experiences following severe perineal trauma: a gualitative study”, **BMC Women’s Health**, Vol. 14, no. 32, s. 1-11.
- Pukall, C.F., Reissing, E.D., Binik, Y.M., vd., (2000), “New clinical and research perspectives on the sexual pain disorders”, **Journal of Sex Education and Therapy**, Vol. 25, no. 1, s. 36-44.
- Punch, K.F., (2005), **Sosyal Araştırmalara Giriş Nicel ve Nitel Yaklaşımlar**, Ankara: Siyasal.
- Punch, K.F., (2011), **Sosyal araştırmalara giriş, Nicel ve nitel yaklaşımlar**, çeviren: D. Bayrak, H.B. Arslan ve Z. Akyüz, Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Purtilo, B.R., (1984), “Applying the principles of informed consent to patient care”, **Physical Therapy**, Vol. 64, no. 6, s. 934-937.
- Qublan, H., Alghoweri, A., Al-Taani, M., vd., (2002), “Ceserean section rate: The effect of age and parity”, **Journal Obstetrics and Gnecology**, Vol. 28, no. 1, s. 22-25.
- Quinlivan, J., Peterson, R., ve Nichols, C., (1999), “Patient preference the leading indication for elective cesarean section in public patients results of a 2 year prospective audit in teaching hospital”, **Aust N Z J Obstet. Gynecol**, Vol. 39, s. 207-214.
- Radestad, I., Olsson, A., Nissen, E., vd., (2008), “Tears in the vagina, perineum, sphincterani and rectum and first sexual intercourse after child birth: Anation widefollow up”, **Birth**, Vol. 35, no. 2, s. 98-106.
- Radobugh, S., (1999), “Ceserean Birth: Reducing Incidence While Improwimg Outcomes”, **AWHONN**, Vol. 3, no. 1, s. 29-34.

- Ramazanoğlu, C., (1998), **Feminizm ve Ezilmenin Çelişkileri**, çeviren: Mefkure Bayatlı, İstanbul: Pencere Yayınları.
- Rathfisch, G., (2014), “Doğum ve doğum yöntemi tercihleri”, **Türkiye Aile Sağlığı ve Planlama Vakfı Görünüm Dergisi**, S. 2, s. 2-3.
- Rathfisch, G., Dikencik, B.K., Kizilkaya Beji N., vd., (2010), “Effects of perineal trauma on postpartum sexual function”, **Journal of Advanced Nursing**, Vol. 66, no. 12, s. 2640-2649.
- Reinharz, S., (1992), **Feminist Methods in Social Research**, New York: Oxford University Press.
- Revenis, M.E., Johnson-Robbins, L.A., (1999), “Multiple gestations”, Neonatology pathophysiology and management of the newborn içinde, ed. G. B. Avery, M. A. Fletcher ve M. G. MacDonald, Philadelphia: Lippincot Williams and Wilkins, s. 473-482.
- Richard, P., ve James, A., (1996), “The cesarean birth epidemic: Trends causes and solution”, **American Journal Obstetric Gynecology**, Vol. 175, s. 369-374.
- Rogers, R.G., Leeman, L.M., Migliaccio, L., vd., (2008), “Does the severity of spontaneous genital tract trauma affect postpartum pelvic floor function?”, **International Urogynecology Journal**, Vol. 19, no. 3, s. 429-435.
- Rose, N., (1994), “Medicine, History and Present”, **Reassessing Foucault: Power, Medicine and Body** içinde, ed. Colin Jones & Roy Porter, London: Routledge.
- Rosen, T., (2008), “Placenta accreta and cesarean scar pregnancy: overlooked costs of the rising cesarean section rate”, **Clin Perinatol**, Vol. 35, no. 3, s. 519-529.
- Ryding, E. L., (1993), “Investigation of 33 woman who demanded a cesarean section for personal reasons”, **Acta.Obstetricia et Gynaecologica Scandinavica**, Vol. 72, s. 280-285.
- Sadock, B.J., ve Sadock, V.A., (2003), **Kaplan and Sadocks’s Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry**, Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

- Safarinejad, M.R., Kolahi, A.A., ve Hosseini, L., (2009), “The effect of the mode of delivery on the quality of life, sexual function, and sexual satisfaction in primiparous women and their husbands”, **J Sex Med**, Vol. 6, s. 1645-1667.
- Sağlık Bakanlığı (2003), Sağlıkta Dönüşüm Projesi Konsept Notu, Ankara: PYDB.
- Saisto, T., ve Halmesmaki, E., (2003), “Fear of Childbirth: A Neglected Dilemma”, **Acta Obstet Gynecol Scand**, Vol. 82, no. 3, s.201-208.
- Sandelowski, M., (2004), “Using qualitative research”, **Qualitative health research**, Vol. 14, no. 10, s. 1366-1386.
- Sargın, M., ve Çiftçi, H., (2017), “Vajinal Estetik Operasyonların Kadınlar için Anlamı Nedir?”, **III. Kadın Hekimlik ve Kadın Sağlığı Kongresi Kadını Görmeyen Aile ve Sağlık Politikaları Kongre Kitabı**, İstanbul: TTB Yayınları, s.194-199.
- Sarı, M., Yılmaz, N., ve Kındıroğlu, N., (1993), “Sezeryan Sonrası Vaginal Doğum Sonuçlarımız”, **Türkiye Klinikleri Journal of Obstetrics and Gynecology**, C. 3, S. 2, s.118-121.
- Sartore, A., De Seta, F., Maso, G., vd., (2004), “The effects of mediolateral episiotomy on pelvic floor function after vaginal delivery”, **Obstet Gynecol**, Vol. 103, s. 669-673.
- Sarup, M., (2004), **Postyapısalcılık ve Postmodernizm**, Ankara: Bilim ve Sanat.
- Sauls, D.J., (2002), “Effects of labor support on mothers, babies, and birth outcomes”, **JOGNN**, Vol. 31, s. 733-741.
- Savaş, H., (2011), **Yargıya Yansıyan Tıbbi Müdahale Hataları Tıbbi Malpraktis Tıbbi Davaların Seyri ve Sonuçları**, Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- Savran, G., (2010), “Modern Tıp ve Bilimin Kadın Bedenini Denetleme Biçimi”, **II. Kadın Hekimlik ve Kadın Sağlığı Kongresi Kadını Görmeyen Bilim ve Sağlık Politikaları Kongre Kitabı**, s. 23-30.
- Sawicki, J., (1999), “Disciplining Mothers: Feminism and the New Reproductive Technologies”, **Feminist Theory and the Body: a Reader** içinde, ed. Janet Price & Margrit Shildrick, New York: Routledge.

- Sayasneh, A., ve Pandeva, I., (2010), “Postpartum Sexual Dysfunction: A Literature Riview of Risk Factorsand Role of Mode of Delivery”, **BJMP**, Vol. 3, no. 2, s. 23-27.
- Sayın, C., Berberoğlu, U., ve Varol, F., (2004), “Sezaryenle doğum yapmış sağlık personelinde doğum sonrası memnuniyet ve takip eden gebelikte doğum şekli tercihi”, **Türkiye Klinikleri Jinekoloji-Obstetrik Dergisi**, S. 18, s. 82-88.
- Sayiner, F. D., Özerdoğan, N., Giray, S., vd., (2009), “Kadınların doğum şekli tercihlerini etkileyen faktörler”, **Perinatoloji Dergisi**, C. 17, S. 3, s. 104-112.
- Sayiner, F.D., ve Özerdoğan, N., (2009), “Doğal Doğum”, **Maltepe Üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanatı Dergisi**, C. 2, S. 3, s. 143-148.
- Sayman, Y., (2013), “Biohukuk”, **Milletlerarası Özel Hukuk Perspektifiyle Biohukuk Hukukçular Toplantısı** içinde, ed. Ömer Çakkal, İstanbul: İstanbul Medipol Üniversitesi, s.159-176.
- Scaltsas, W.W.P., (1992), “Do feminist ethics counter feminist aims?” **Explorations in feminist ethics, theory and practice** içinde, ed. E. B. Cole ve S. C. MecQuin, Bloomington: Indiana University Press.
- Schechner, R., (2015), **Ritüelin Geleceği (Kültür ve Performans Üzerine Yazılar)**, çeviren: Zeynep Ertan, Ankara: Dost.
- Scott J.W., (2005), “Kadın İşçi”, **Kadınların Tarihi IV** içinde, çeviren: Ahmet Fethi, İstanbul: Türkiye İş Bankası Yayınları.
- Scott, J.W., (1988), “Deconstructing Equality-Versus-Difference: Or, The Uses of Poststructuralist Theory for Feminism”, **Feminist Studies** Vol. 14, no. 1, s. 32-50.
- Scott, J.W., (2008), **Toplumsal Cinsiyet: Faydalı Bir Tarihsel Analiz Kategorisi**, çeviren: Aykut Tunç Kılıç, İstanbul: Agora Kitaplığı.
- Scott, J.W., (2013), **In Pursuit of Feminist History**, İstanbul: BGST.
- Seidler, V.J., (1994), **Unreasonable Men**, New York: Routledge.

- Sen, A. (1992), **Inequality Reexamined**, New York: Oxford University Press.
- Sen, A., (1999), **Commodities and Capabilities**, New Delhi: Oxford University Press.
- Seo J.T., Choe J.H., Lee, W.S., vd., (2005), Efficacy of functional electrical stimulation-biofeedback with sexual cognitive-behavioral therapy as treatment of vaginismus, **The Journal of Urology**, Vol. 66, s. 77-81.
- Serati, M., Salutare, S., Siesto, G., vd., (2010), “Female sexual function during pregnancy and after childbirth”, **The journal of sexual medicine**, Vol. 7, no. 8, s. 2782-2790.
- Serçekus, P., ve Okumus, H., (2009), “Fears associated with childbirth among nulliparous women in Turkey”, **Midwifery**, Vol. 25, no. 2, s. 155-162.
- Sert, G., (2004), **Hasta Hakları: Uluslararası Bildirgeler ve Tıp Etiği Çerçevesinde**, İstanbul: Babil.
- Sevencan, F., ve Çilingiroğlu, N., (2007), “Sağlık Alanındaki Araştırmalarda Kullanılan Niteliksel Veri Toplama Yöntemleri”, **Toplum Hekimliği Bülteni**, C. 26, S. 1, s. 1-6.
- Sezgin, D., (2011a), **Tıbbileştirilen Yaşam Bireyselleştirilen Sağlık**, İstanbul: Ayrıntı Yayınları.
- Sezgin, D., (2011b), “Yaşam Tarzı Önerileri Bakımında Sağlık Haberlerinin Analizi”, **Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi**, C. 2, S. 2, s. 52-77.
- Shaw, J. C.A., (2013), “The Medicalization of Birth and Midwifery as Resistance”, **Health Care for Women International**, Vol. 34, no. 6, s. 522-536.
- Sheiner, E., Levy, A., Menes, T.S., vd., (2004), “Maternal obesity as an independant risk factor for cesarean delivery”, **Pediatr Perinat Epidemiol**, Vol. 18, no. 3, s. 196-201.
- Signorello, L.B., Harlow, B.L., Chekos, A.K., vd., (2001), “Postpartum sexual functioning and its relationship to perineal trauma: a retrospective cohort study of primiparous women”, **Am J Obstet Gynecol**, Vol. 184, s. 881-890.

- Silva, M.C., (1990), **Ethical decision making in nursing administration**, Norwalk: Appleton-Lange.
- Singh, J.C., Tharyan, P., Kekre, N.S., vd., (2009), “Prevalence and risk factors for female sexual dysfunction in women attending a medical clinic in South India”, **J Postgrad Med.**, Vol. 55, s. 113-20.
- Skeggs, B., (1997), **Formations of class and gender: becoming respectable**, London: SAGE.
- Skeggs, B., (2007), “Feminist Ethnography”, **Handbook of Ethnography** içinde, ed. P. Atkinson, A. Coffey, S. Delamont, J. Lofland, vd., London: Sage publications, s. 426-442.
- Slevin, T., (2018), “Mind-Body-Technology: 'Nosce te Ipsum' and a Theory of Prosthetic Trialism”, **Anthology-Anatomical Theatre** içinde, ed. P. VinjeUten Tittel, s. 26-41.
- Soyer, A., (1998), “Bir Araştırma Nedeni ile “Sağlık Hizmetlerinin Kullanımı” ve Sağlık Ocakları”, **Toplum ve Hekim**, C. 13, S. 5, s. 362-363.
- Soyer, A., (2009), “Sağlıkta Dönüşümün Neresindeyiz? Bundan Sonra Bizi Neler Bekliyor?”, **Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi**, C. 2, S. 4, s. 179-182.
- Speert, H., (1994), **Obstetri ve jinekoloji: tarih ve ikenografi**, San Francisco: Normal publishing.
- Spike, J.P., (2017), “Informed Consent Is the Essence of Capacity Assessment”, **The Journal of Law, Medicine & Ethics**, Vol. 45, s. 95-105.
- Steen, M., ve Marchant, P., (2007), “Ice Packs and cooling gel pad versus no localised treatment for relief of perineal pain: a randomised Controlled Trial”, **Evidence Based Midwifery**, Vol. 5, s. 16-23.
- Steuerwald, K., (1998), **Türkçe-Almanca Sözlük**, İstanbul: ABC Kitabevi.
- Strauss, A., ve Corbin, J.M., (1990), **Basics of qualitative research: Grounded theory procedures and techniques**, Thousand Oaks: Sage Publications.

- Slk, S.N., (2011), “Performansa Dayalı Ek deme Sisteminin Kamu Hastanelerinin Verimliliği zerine Etkileri”, **Maliye Dergisi**, S. 160, s. 242-268.
- Smbloğlu, K., ve Smbloğlu, V., (2002), **Biyoistatistik**, Ankara: Hatipoğlu Yayınevi.
- Sydsjö, G., Sydsjö, A., Gunnervik, vd., (2012), “Obstetric Outcome for Women who Received Individualized Treatment for Fear of Childbirth During Pregnancy”, **Acta Obstet Gynecol Scand**, Vol. 91, no. 1, s. 44-9.
- Szasz T.S., Knoff, W.F., ve Hollender, M.H., (1958), “The doctor-patient relationship and its historical context”, **American Journal of Psychiatry**, Vol.115, s. 522-528.
- Szasz T.S., ve Hollender M.H., (1956), “A contribution to the philosophy of Medicine”, **Archives of Internal Medicine**, Vol. 97, s. 585-592.
- Szasz, T.S., (2007), **The Medicalization of Everyday Life**, New York: Syracuse University Press.
- Szasz, T.S., (2010), **The Myth Of Mental Illness: Foundations Of A Theory Of Personal Conduct**, Glasgow: Harper Collins.
- Şahin, M., Erbil, N., (2019), “Doğum ve Medikalizasyon”, **Ordu University Journal of Nursing Studies**, C. 2, S. 2, s. 120-130.
- Şahin, N., (2009), “Kadınlarda Postpartum Dönemde Cinsel Yaşam”, **Zeynep Kâmil Tıp Bülteni**, C. 40, S. 3, s. 125-130.
- Şahin, N., Dinç, H., Dişsiz, M., (2009), “Gebelerin Doğuma İlişkin Korkuları ve Etkileyen Faktörler”, **Zeynep Kâmil Bülteni**, C. 40, S. 2, s. 57-62.
- Şahinoğlu, S., (2019), “Tıp ve Feminist Biyoetik”, **Çağdaş Klinik Etik (21. Yüzyılda Olgu rnekleriyle)** içinde, ed. A. Demirhan Erdemir, G. Sezgin, . Usmanbaş ve . Şaylıgil, İstanbul: Nobel.
- Şehsuvaroğlu, B.N.M., (1975), **Tıbbı Deontoloji Dersleri**, İstanbul: Hüsnütabiat Matbaası.

- Şen, N., (2021), “Vajinismusun Üstesinden Gelmek: Türkiye’de Bir Başarı Hikayesi Olarak Cinsel Birleşme”, **Sosyoloji Araştırmaları Dergisi**, Özel Sayı, s. 45-75.
- Şenocak, Z., (1998), **Özel Hukukta Hekimin Sorumluluğu**, Ankara: Kaplumbağa Kitapevi.
- Şentürk Erenel, A., ve Akkuzu, G., (1999), “Sağlık Personeli-Hasta İlişisine Kadın Açısından Bakış: Doğum Deneyimi”, **Türkiye Klinikleri J Med Ethics**, C. 7, s. 22-28.
- Şimşek, H., (2011), “Toplumsal cinsiyet eşitsizliğinin kadın üreme sağlığına etkisi: Türkiye örneği”, **Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi**, C. 2, s. 119-126.
- T.C. Sağlık Bakanlığı (2020), Sağlık İstatistikleri Yıllığı, <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/43399,siy2020-tur-26052022pdf.pdf?0>, (Son erişim tarihi: 10.01.2022).
- T.C. Sağlık Bakanlığı (2018), Doğum Sonu Bakım Rehberi, (http://sbv.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/dogum_sonu_bakim.Pdf), (Son erişim tarihi: 20.06.2021).
- Tababet Uzmanlık Yönetmeliği (1974), **T. C. Resmî Gazete**, 14893, (22.05.1974), <https://tuk.saglik.gov.tr/Eklenti/14667/0/1974pdf.pdf>, (Son erişim tarihi: 18.02.2022).
- Tababet ve Şuabat-ı San'atlarının Tarz-ı İcrasına Dair Kanun (1928), **T. C. Resmî Gazete**, 806, (14.04.1928), <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuatmetin/1.3.1219.pdf>, (Son erişim tarihi: 20.02.2022).
- Tacir, H., (2011), **Hastanın Kendi Geleceğini Belirleme Hakkı**, İstanbul: On İki Levha Yayınları.
- Tacir, H., (2013), “Yaşama Hakkı Kapsamında Yaşamın Başlangıcı”, **Marmara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Hukuk Araştırmaları Dergisi**, Nur Centel Özel Sayısı, s. 1301-1321.

- Tang, S., Li, X., ve Wu, Z., (2006), “Rising cesarean delivery rate in primiparous women in urban China: Evidence from three nationwide household health surveys”, **American Journal of Obstetrics and Gynecology**, s. 1-6.
- Taşçı, K.D., (2007), “Doğum yapan hastaların aldıkları bakımı hasta hakları açısından değerlendirmeleri”, **Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi**, S. 10, s. 26-33.
- Taşkın, L., (2014), **Doğum ve Kadın Sağlığı Hemşireliği**, Ankara: Sistem Ofset Matbaacılık.
- Taşlıyan, M., ve Gök, S., (2008), “Kamu ve özel hastanelerde hasta memnuniyeti: Kahramanmaraş’ta bir alan çalışması”, **Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi**, C. 2, S. 1, s. 69-94.
- Taylı, Ü., (2001), "Ortak Eylem ve Feminist Etik", **Yerli Bir Feminizme Doğru** içinde, der. A. İlyasoğlu ve N. Akgökçe, İstanbul: Sel Yayıncılık, s. 283-300.
- Taylor, O.L., (1970), **The Doctor and the Law**, London: Pitman Medical Scientific Publishing.
- Taylor, T.F., (2007), “The origins of human sexual culture: Sex, gender and social control”, **Journal of Psychology & Human Sexuality**, Vol. 18, s. 69-105.
- Tekgöz, I., Sunay, D., Çaylan, A., vd., (2009), “Gebeliğin son 3 ayında anksiyete bozukluğu ve ilişkili faktörlerin değerlendirilmesi”, **Türk Aile Hekimliği Dergisi**, C. 13, S. 3, s. 132-136.
- Tekirdağ, A. İ., ve Cebeci R., (2010), “Eğitim Hastanesinde Sezaryen Oranları”, **JOPP**, C. 2, S. 1, s. 21-26.
- The WHOQOL Group (1994), “The Development of the World Health Organization Quality of Life Assessment Instrument (the WHOQOL)”, **Quality of Life Assessment: International Perspectives** içinde, ed. J. Orley ve W. Kuyken, Berlin, Heidelberg: Springer, s. 41-57.
- Thivierge, B., (2006), Caesarean section, encyclopedia of Medicine Report, <http://find.galegroup.com>>, (Son erişim tarihi: 03.11.2021).

- Thompson, J.F., Roberts, L.C., Currie, M., vd., (2002), “Prevalence and persistence of health problems after childbirth associations with parity and method of birth”, **Birth**, Vol. 29, no. 2, s. 83-94.
- Tıbbi Deontoloji Tüzüğü (1960), **T. C. Resmî Gazete**, 10436, (19.02.1960), <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuatmetin/2.3.412578.pdf>, (Son erişim tarihi: 09.01.2022)
- Timurturkan, M., (2019), “Annelik, Söylem ve İktidar: Eleştirel Bir Tartışma”, **Süleyman Demirel Üniversitesi Fen-Edebiyat Fakültesi Sosyal Bilimler Dergisi**, C. 2, S. 47, s. 64-78.
- Todman, D. A., (2007), “History of caesarean section: From ancient world to the modern era”. **Obstet and Gynecol**, Vol. 47, s. 357-361.
- Tomasso, G., Althabe, F., Cafferata, M.L., vd., (2006), “The need to avoid the routine use of episiotomy”, **Current Women’s Health Reviews**, Vol. 2, s. 99-102.
- Tong, R., (1996), “Feminist Bioethics: Toward Developing a “Feminist” Answer to the Surrogate Motherhood Question”, **Kennedy Inst Ethics J**, Vol. 6, no. 1, s. 37-52.
- Tong, R., (1997), **Feminist Approaches to Bioethics: Theoretical Reflections and Practical Applications**, Colorado: Vestview Press.
- Topaç, M., ve Bolsoy, N., (2021), “Doğum Şeklinin Kadın Cinsel İşlevi Üzerine Etkisinin İncelenmesi”, **Ebelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi**, 2021, C. 4, S. 1, s. 45-55.
- Topçu, E., Birden, B., Demirci, M., Yılmaz Gören, Ş., vd., (2017), “Tıp Tarihi Kitaplarında Kadın ve Kadınla İlgili Konuların Toplumsal Cinsiyet Açısından Anlamı”, **Türk Tıp Etiği ve Hukuku ve Tıp Tarihi Araştırmaları Yıllığı**, C. 1, S. 7-8-9, s. 273-279.
- Toprak, F., (2022), “Bergson’dan Barad’a Yeni Materyalist Feminizm”, **ViraVerita E-Journal: Interdisciplinary Encounters**, Vol. 15, s. 107-128.

- Torloni, M.R., Betrán, A.P., Montilla, P., vd., (2013), “Do Italian women prefer cesarean section? Results from a survey on mode of delivery preferences”, **BMC Pregnancy Childbirth**, Vol. 13, no. 78., s. 1-8.
<https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2393-13-78#citeas> (Son erişim tarihi: 23.12.2022).
- Tosun, Ö., ve Kadiroğlu, T., (2014), “Yenidoğan hemşireliğinde etik”, **Journal of Education and Research in Nursing**, C. 13, S. 3, s. 170-173.
- Tosun, Ö., ve Kadiroğlu, T., (2016), “Yenidoğan Hemşireliğinde Etik”, **Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi**, C. 13, S. 3, s. 170-173.
- Tozlu, A., (2003), “Gebe kadınların doğum öncesi, doğum ve doğum sonu bakım gereksinimlerinin incelenmesi”, **3. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongresi Bildiri Kitabı**, s. 204.
- Tseelon, E., (2002), **Kadınlık Maskesi**, çeviren: R. Kekeç, Ankara: Ekin Yayınları.
- Türk Tabipler Birliği (2012), Hekimlik Meslek Etiği Kuralları, https://www.ttb.org.tr/kutuphane/h_etikkural.pdf, (Son erişim tarihi: 30.04.2022).
- TTB-UDEK Etik Çalışma Grubu (2013), Aydınlatılmış Onam Kılavuzu, https://ttb.org.tr/mevzuat_goster.php?Guid=78a19f94-a285-11e7-9205-300896da83fe, (Son erişim tarihi: 25.02.2021).
- Tuğut, N., ve Gölbaşı, Z.A., (2010), “Validity and reliability study of Turkish version of the sexual Quality of Life Question Naire-Female”, **Cumhuriyet Tıp Dergisi**, S. 32, s. 172-180.
- Turan, J.M., Ortaylı, N., Nalbant, H., vd., (2003), **İstanbul’da Üç Hastanede Gebelik ve Doğum Hizmetlerine Yakından Bakış**, İstanbul: Asama Matbaacılık.
- Turner, B., (1992), **Regulating Bodies: Essays in Medical Sociology**, London: Routledge.
- Turner, B., (2008), **The Body and Society: Explorations in Social Theory**, London: Sage.

Tümer, A.R., Karacaoğlu, E., ve Akçan, R., (2011), “Cerrahide Aydınlatılmış Onam ile İlgili Sorunlar ve Çözüm Önerileri”, **Ulusal Cerrahi Dergisi**, C. 27, S. 4, s. 191-197.

Türk Borçlar Kanunu (2011), **T. C. Resmî Gazete**, 27836, (04.02.2011), <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuatmetin/1.5.6098.pdf>, (Son erişim tarihi: 23.04.2022).

Türk Dil Kurumu (2015), Hemşirelik Terimleri Sözlüğü, Ankara: TDK.

Türk Medenî Kanunu (2001), **T. C. Resmî Gazete**, 24607, (08.12.2001), <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuatmetin/1.5.4721.pdf>, (Son erişim tarihi: 10.11.2021).

Türk Tabipler Birliği Etik Kurulu (2009), Hekimlerin Değerlendirmesi ile Performansa Dayalı Ödeme, Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayınları.

Türk Tabipleri Birliği Kanunu (1953), **T. C. Resmî Gazete**, 8323, (31.1.1953), <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuatmetin/1.3.6023.pdf>, (Son erişim tarihi: 02.05.2022).

Türkiye Biyoetik Derneği (2007), Aydınlatılmış Onam Almak Üzerine Öneriler, <https://biyoetik.org.tr/wp-content/uploads/2019/09/AORapor.pdf>, (Son erişim tarihi: 17.12.2021).

Türkiye Cumhuriyeti Anayasası (1961), **T. C. Resmî Gazete**, 10816, (31.05.1961), <https://www.anayasa.gov.tr/tr/mevzuat/onceki-anayasalar/1961-anayasasi/>, (Son erişim tarihi: 24.01.2022).

Türkiye Cumhuriyeti Anayasası (1982), **T. C. Resmî Gazete**, 17863 (Mükerrer), (09.11.1982), <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuatmetin/1.5.2709.pdf>, (Son erişim tarihi: 12.01.2022).

Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kadın Üreme Daire Başkanlığı (THSK), Anne Dostu Hastane Programı, <http://kadinureme.thsk.saglik.gov.tr/daire-faaliyetleri/803-anne-dostu-hastaneprogram%C4%B1.html>, (Son erişim tarihi: 07.04.2022).

Türkmen Öztürk, H., (2007), “Sağlıkta Dönüşümün Etik Boyutu”, **Türkiye Klinikleri J Med Ethics**, C. 15, S. 3, s. 176-182.

Türkoğlu, S.D., Şafak, Y., Özdel, K., vd., (2019), “Vajinismus hastalarında erken dönem uyumsuz şema ve üst bilişlerin değerlendirilmesi”, **JCBPR**, C. 8, S. 3, s. 131-139.

Tüzmen, H., (2019), **Postpartum Dönemde Cinsel Yaşam Kalitesi ve İlişkili Faktörler**, Yüksek Lisans Tezi, Necmettin Erbakan Üniversitesi.

Ucar, T., Aksoy Derya, Y., Barut, S., vd., (2018), “Opinions of Labor Professionals about Vaginal Birth after Cesarean in Turkey”, **International Journal of Caring Sciences** Vol. 11, no. 2, s. 1043-1049

Uçar, T., ve Gölbaşı, Z., (2015), “Nedenleri ve sonuçlarıyla doğum korkusu”, **İnönü Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi**, C. 4, s. 54-58.

Ulubay, M., Keskin, U., Fidan, U., vd., (2016), “Safety, efficiency, and outcomes of perineoplasty: treatment of the sensation of a wide vagina”, **BioMed research international**, Vol. 3, s. 1-5. DOI:10.1155/2016/2495105.

Uluslararası Af Örgütü (2022), Uluslararası Af Örgütü Raporu (2021/2022) Dünyada İnsan Haklarının Durumu, https://www.amnesty.org.tr/public/uploads/files/Rapor/UAO%CC%88_Y%C4%B1l%C4%B1kRapor_TR_2021_22.pdf, (Son erişim tarihi: 21.03.2022).

UN (1981), The Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women (CEDAW), <https://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/text/econvention.htm>, (Son erişim tarihi: 06.07.2021).

UNESCO (2005), Division of Ethics of Science and Technology Social and Human Science Sector Universal Declaration on Bioethics and Human Rights, <https://www.unesco.org/en/legal-affairs/universal-declaration-bioethics-and-human-rights>, (Son erişim tarihi: 03.02.2022).

UNESCO Türkiye Milli Komisyonu Biyoetik İhtisas Komitesi (2013), Uluslararası Biyoetik Komitesi (IBC) Raporu: İnsanın Savunmasızlığına ve Kişisel

- User, İ., (2010), “Biyoteknolojiler ve Kadın Bedeni”, **Dişilik Güzellik ve Şiddet Sarmalında Kadın ve Beden** içinde, İstanbul: Ayrıntı Yayınları.
- User, İ., (2012), “Medicalization of Honor”, **Değişen Dünyada Biyoetik** içinde, ed. Y. I. Ülman ve F. Artvinli, İstanbul: Türkiye Biyoetik Derneği, s.225-235.
- Uygur, G., (2012), “Kamu Sağlığı Bağlamında Hukuk ve Biyoetik İlişkisi”, **Sosyal Dönüşüm, Biyoetik ve Kamu Politikaları Konferans Sunumları**, Ankara: UNESCO, s.55-67.
- Uygur, T., (2003), **Açıklamalı-İçtihatlı Borçlar Kanunu**, C. VII, Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- Üçer, A.R., (2013), “Sağlıkta Dönüşüm Programının Yarattığı Talep Patlaması”, **Tıp bu değil 2** içinde, ed. İ. Arslanoğlu, İstanbul: İthaki Yayınları, s. 257-280.
- Ünay, V., ve Taşpınar, A., (2018), “Sağlık Çalışanlarının Doğum Şekli Tercihleri ve Etkileyen Faktörler”, **Sted**, C. 27, S. 3, s. 190-196.
- Üstüner, Y., ve Kalav İdrisoğlu, F., (2014), “Kamu çalışma etiği ve neo-taylorist uygulamalar: Türk kamu sağlık hizmetinde performansa dayalı ücretlendirme örneği”, **ODTÜ Gelişme Dergisi**, C. 41, s. 177-200.
- Van Brummen, H.J., Bruinse, H.W., Van de Pol, G., vd., (2006), “Which factors determine the sexual function 1 year after childbirth?” **BJOG: An Internaional Journal of Obstetrics & Gynecology**, Vol. 113, no. 8, s. 914-918.
- Varol, N., (2009), “Sağlık Hukukunda Bilirkişilik”, AÜHF, AB Sağlık Hukuku Kurultayı Kitabı, Ankara: Ankara Barosu Yayınları.
- Veatch, R. M., (1997), **Medical Ethics**, Boston: Jones and Bartlett Publishers.
- Vural, G., ve Erenel, Ş.A., (2017), “Doğumun Medikalizasyonu Neden Artmıştır. Azaltabilir miyiz?”, **Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi**, C. 4, S. 2, s. 76-83.

Wang, H., Xu, X., Yao, Z., vd., (2003), "Impact of delivery types on women's postpartum sexual health", **Reproduction Contraception**, Vol. 14, no. 4, s. 237-242.

Warren, K.J., (ed.), (1994), **Ecological Feminism**, London: Routledge.

Watts, G., ve Nettle, D., (2009), "The role of anxiety invaginismus: A case-control study", **International Society for Sexual Medicine**, s. 1-6.

Wax, J. R., Cartin, A., Pinette, M. G., vd., (2004), "Patient choice cesarean: An evidence-based review", **Obstetric and Gynecology Survey**, Vol. 59, no. 8, s. 601-605.

Wax, J.R., Cartin, A., Pinette, M.G., vd., (2005), "Patient choice cesarean: The maine experience", **Birth**, Vol. 32, no. 3, s. 203-206.

Wiegel, M., Meston, C., ve Rosen, R., (2005), "The female sexual function index (FSFI): cross-validation and development of clinical cut off scores", **J Sex Marital Ther**, Vol. 31, s. 1-20.

Wilkinson, C., McIlwaine, G., Boulton, J.C., vd., (1996), "Is a rising cesarian section inevitable?", **BJOG**, Vol. 105, s. 45-52.

Williams, A., Heron-Marx, S., ve Carolyn, H., (2007), "The Prevalence of Enduring Postnatal Perineal Morbidity and its relationship to perineal trauma", **Midwifery**, Vol. 23, no. 4, s. 392-403.

Witting, K., Santtilo, P., Alanko, K., vd., (2008), "Female sexual function and its associations with number of children pregnancy and relationship statisfaction", **J Sex Morital Ther**, Vol. 34, no. 2, s. 89-106.

WMA (1964), Declaration of Helsinki, https://jag.journalagent.com/aot/Helsinki_Declaration_tur.pdf, (Son erişim tarihi: 13.09.2021).

WMA (1965), Declaration of Lisbon II, <https://www.wma.net/wp-content/uploads/2005/09/Declaration-of-Lisbon-1995.pdf>, (Son erişim tarihi: 20.08.2021).

WMA (1981), Declaration of Lisbon, <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-lisbon-on-the-rights-of-the-patient/>, (Son erişim tarihi: 08.08.2021).

WMA (1994), A Declaration on the Promotion of Patients' Rights in Europe (Declaration of Amsterdam), http://www.nurs.uoa.gr/fileadmin/nurs.uoa.gr/uploads/Nomothesia_Nosilefton/Evropaika_keimena/eu_declaration1994_1_.pdf, (Son erişim tarihi: 19.07.2021).

Wolf, S.M. (1996), "Introduction: Gender and Feminism in Bioethics", **Feminism and Bioethics: Beyond Reproduction** içinde, ed. S. M. Wolf, New York: Oxford University Press, s. 3-43.

Wolf, S.M., (1999), "Erasing Difference: Race, Ethnicity, and Gender in Bioethics", **Recent Embodying Feminist Bioethics Advances** içinde, ed. A. Donchin ve L. M. Purdy, Lanham: Rowman ve Littlefield Publishers, s. 65-81.

Wong, D.L., Pery, S.E., Hockenberry, M.J., vd., (2006), **Maternal Child Nursing Care**, Elsevier Masbyinc.

World Health Organization (2006), Sexual health, http://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en/index.html, (Son erişim tarihi: 29.11.2022).

World Health Organization (2009), **Women and Health**, Geneva: WHO Press.

Yalçın, S., (2011), "Cerrahlarla İlgili Yasalar ve Yönetmelikler, **Turkish Medical Journal**, C. 5, S.1, s. 37-44.

Yanikkerem, E., ve Saruhan, A., (2007), "Sezaryen Sonrası Vajinal Doğum: Kanıtla Dayalı Uygulamalar", **Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi**, C. 9, S. 2, s. 7-15.

Yapar Eyi, E.G., ve Mollamahmutoğlu, L., (2021) "An analysis of the high cesarean section rates in Turkey by Robson classification", **J Matern Fetal Neonatal Med.**, Vol. 34, no. 16, s. 2682-2692.

- Yaralı, S., ve Hacıaloğlu, N., (2016), “Evli kadınlarda cinsel fonksiyon bozukluğu ve cinsel yaşam kalitesinin incelenmesi”, **Uluslararası Hakemli Hemşirelik Araştırmaları Dergisi**, S. 6, s. 108-127.
- Yargıtay 4. Hukuk Dairesi 07/03/1977 tarih ve E. 1976/6297 K. 1977/2541 sayılı kararı.
- Yaşar, Ö., (2006), **Primipar Kadınların Doğum Tercihleri ve Bunu Etkileyen Faktörler** Yüksek Lisans Tezi, Afyon Kocatepe Üniversitesi.
- Yaşar, Ö., Şahin, F., Coşar, E., vd., (2007), “Primipar kadınların doğum tercihleri ve bunu etkileyen faktörler”, **Türkiye Klinikleri Jinekoloji-Obstetrik Dergisi**, S. 17, s. 414-420.
- Yavuz İpekyüz, F., (2006), **Türk Hukukunda Hekimlik Sözleşmesi**, İstanbul: Vedat Yayınevi.
- Yenerer Çakmut, Ö., (2003), “Tıbbi Müdahalede Bulunacak Hekimin Ceza Hukuku Açısından Sorumluluğu”, **Legal Hukuk Dergisi**, C. 1, S. 2, s. 313-326.
- Yıldırım, G., ve Kadioğlu, S., (2007), "Etik ve Tıp Etiği Temel Kavramları", **C.Ü. Tıp Fakültesi Dergisi**, C. 7, S. 12, s. 75-83.
- Yıldırım, M., ve Ünal Reşitoğlu, H., (2020), “Öznenen Nesneye İtilme: Kadın Deneyimi Olarak Kürtaj”, **Akdeniz Kadın Çalışmaları ve Toplumsal Cinsiyet Dergisi**, C. 3, S. 1, s. 102-128.
- Yıldırım, S., (2015), **Tıbbi Müdahalelerde Aydınlatılmış Onam**, Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi.
- Yıldız, K.N., (2010), **Yeni Zelanda’da ve İstanbul’da Doğum Yapan Türk Kadınların Anne Olma ile İlgili Deneyimleri**, Doktora Tezi, Marmara Üniversitesi.
- Yıldız, P., (2017), “Rıza ve Rıza Formlarının Hukuksal Niteliği”, **VI. Sağlık Hukuku Kurultayı** içinde, ed. Cahid Doğan ve Berna Özpınar Gümrükçüoğlu, Ankara: Sarıyıldız, s. 37-109.

- Yıldız, Ş, Çaypınar, S.S., Cengiz, H., vd., (2014), “Türk kadınlarının doğum yöntemleri hakkındaki bilgi düzeyi ve bakış açısı”, **Journal of Clinical and Experimental Investigations**, Vol. 5, no. 2, s. 173-178.
- Yıldızoğlu, İ. O., ve Babadağı, B. D., (2003), “Sezaryenle doğum yapan annelerin sezaryen ve sezaryen sonrası vajinal doğuma ilişkin bilgileri”, **3. Uluslararası Üreme Sağlığı ve Aile Planlaması Kongre Kitabı**, Ankara, s. 206.
- Yılmaz, B., (2009), “Aydınlatılmış Rıza”, **Sağlık Hukuku Digestası** içinde, Ankara: Ankara Barosu Yayınları, s.167-181.
- Yılmaz, B., (2017), “Aydınlatılmış Rıza”, **VI. Sağlık Hukuku Kurultayı** içinde, ed. Cahid Doğan ve Berna Özpınar Gümrükçüoğlu, Ankara: Sarıyıldız, s. 37-58.
- Yılmaz, M., İsaoglu, Ü., ve Kadanalı, S., (2009), “Kliniğimizde 2002-2007 yılları arasında sezaryen olan hastaların incelenmesi”, **Marmara Medical Journal**, C. 22, S. 2, s. 104-110.
- Yılmaz, S.D., ve Belı, N.K., (2010), “Gebelerin stresle başa çıkma, depresyon ve prenatal bağlanma düzeyleri ve bunları etkileyen faktörler”, **Genel Tıp Dergisi**, C. 20, S. 3, s. 453-462.
- Yiğit, V., (2017), “Performance Based Supplementary Payment System at University Hospitals in Turkey”, **J CONTEMP MED**, Vol. 7, no. 2, s. 1-7.
- Yörük, F., ve Karaçam, Z., (2016), “The Effectiveness of the PLISSIT Model in Solving Postpartum Sexual Problems Experienced by Women”, **Athens Journal of Health**, Vol. 3, no. 3, s. 235-254.
- Yumru, E., Davas, İ., Baksu, B., vd., (2000), “1995-1999 yılları arasında sezaryen operasyonu endikasyonları ve oranları”, **Perinataloji Dergisi**, C. 15, S. 1, s. 32-46.
- Yücel, P., Çayır, Y., ve Yücel, M., (2013), “Birinci trimester gebelerde depresyon ve anksiyete bozukluğu”, **Klinik Psikiyatri**, C.16, s. 83-87.

EKLER

EK-1: Etik Kurul Kararı



GİZLİ
T.C
ANKARA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Etik Kurulu Başkanlığı

Sayı : 85434274-050.04.04 /195056
Konu : Etik Kurul Kararı Hakkında

29.07.2021

Sayın Oya ÖZSAVAŞ

İlgi: 29/04/2021 tarihli başvurunuz.

“Kadının Aydınlatılmış Onamı Bağlamında Sezaryen Uygulamaları: Biyoetik Bir Değerlendirme” başlıklı teziniz ile ilgili olarak Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Alt Etik Kurulunun 05/07/2021 tarihli toplantısında alınan 12/260 sayılı kararın bir örneği ilişikte gönderilmektedir.

Bilgilerinizi saygılarımla rica ederim.

Prof. Dr. Ercan BAYAZITLI
Rektör a.
Rektör Yardımcısı

EKLER:
Karar Örneği (1 sayfa)

ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ALT ETİK KURULU
KARAR ÖRNEĞİ

Karar Tarihi : 05/07/2021
Toplantı Sayısı : 12
Karar Sayısı : 260

260- Üniversitemiz Sosyal Bilimler Enstitüsü Kadın Çalışmaları Anabilim Dalı doktora öğrencisi **Oya Özsvaşı**'ın "Kadının Aydınlatılmış Onamı Bağlamında Sezaryen Uygulamaları: Biyoetik Bir Değerlendirme" başlıklı tezi ile ilgili "İnsan Üzerinde Yapılan Klinik Dışı Araştırmalar Başvuru Formu" Etik Kurulumuzca incelendi.

Üniversitemiz Sosyal Bilimler Enstitüsü Kadın Çalışmaları Anabilim Dalı doktora öğrencisi **Oya Özsvaşı**'ın "Kadının Aydınlatılmış Onamı Bağlamında Sezaryen Uygulamaları: Biyoetik Bir Değerlendirme" başlıklı tezi ile ilgili araştırma protokolüne uyulması ve etik onay tarihinden itibaren geçerli olması koşuluyla uygulanmasının etik açıdan uygun olduğuna oybirliği ile karar verildi.

ASLININ AYNI DİR
05/07/2021

Prof. Dr. Muharrem ÖZEN
Ankara Üniversitesi
Etik Kurulu Başkanı

EK-2: Görüşmecilere Sunulan Aydınlatılmış Onam Formu

Aydınlatılmış Onam

Araştırmanın adı:

Kadının Aydınlatılmış Onamı Bağlamında Sezaryen Uygulamaları: Biyoetik Bir Değerlendirme

"Sayın katılımcı,

Ankara Üniversitesi Kadın Çalışmaları ABD Toplumsal Cinsiyet ve Kadın Çalışmaları bürünleşik doktora programı kapsamında hazırladığım doktora tezi için gerçekleştirdiğim araştırmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunuyorsunuz. Bu araştırmada yer almayı kabul etmeden önce, araştırmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlasanız ve kararınızı bu bilgilendirme çerçevesinde özgürce vermeniz gerekmektedir.

Aşağıdaki bilgileri lütfen dikkatlice okuyunuz, sorularınız olursa sorunuz ve açık yanıtlar isteyiniz."

Araştırmanın amacı, kadının aydınlatılmış onamı çerçevesinde sezaryen uygulamalarında biyoetik bir değerlendirme ortaya koymaktır. Özellikle Türkiye'de sezaryen uygulamaları öncesi aydınlatılmış onamın usulüne uygun olarak alınmadığının ortaya konulması amaçlanmaktadır. Bu yapılırken, aydınlatılmış onam kavramının biyoetik açıdan betimlemesi yapılacaktır. Sezaryen uygulamalarının tercih edilme nedenleri araştırılırken aydınlatılmış onamın sezaryen uygulamalarındaki önemini ortaya konulması hedeflenmektedir. Araştırmaya toplam olarak 10 (on) gönüllü dâhil edilecektir. Araştırmaya katılma koşulu görüşmenin gerçekleştirileceği 10 (on) gönüllü için sezaryen ile doğum yapmış olmak olarak belirlenmiştir. Araştırma kapsamında yapılacak uygulama 8 (sekiz) yarı yapılandırılmış mülakat sorusunda oluşan derinlemesine görüşmedir. Söz konusu görüşmeler, görüşmeciler ile çevrimiçi olarak gerçekleştirilecektir. Yapılacak görüşmeler esnasında görüşmecilerden ses kaydı alınacaktır. Araştırma açık uçlu yarı yapılandırılmış mülakat sorularından oluşacaktır. Bir gönüllünün bu araştırmanın gereklerini yerine getirebilmek için harcayacağı süre ise kendisinin mülakat sorularına vereceği yanıtlara bağlı olarak değişiklik gösterecektir.

"Bu araştırmada yer almak rümnüyle sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da başladıktan sonra yarıda bırakabilirsiniz. Bu araştırmanın sonuçları bilimsel amaçlarla kullanılacaktır. Araştırmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından araştırmadan çıkarılmanız halinde, sizle ilgili veriler kullanılmayacaktır. Ancak veriler bir kez anonimleştirildikten sonra araştırmadan çekilmeniz mümkün olmayacaktır. Sizden elde edilen tüm bilgiler ve ses kayıtları gizli tutulacak, araştırma yayınlandığında da varsa kimlik bilgilerinizin gizliliği korunacaktır."

Onay Bölümü:

"Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllülere verilmesi gereken bilgileri içeren metni okudum (ya da sözlü olarak dinledim). Araştırma kapsamında yapılacak görüşmeler esnasında ses kaydının alınmasına izin veriyorum. Eksik kaldığını düşündüğüm konularda sorularımı araştırmacılara sordum ve doyurucu yanıtlar aldım. Yazılı ve sözlü olarak tarafıma sunulan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anladığımı kanıtlıyorum. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğim konusunda karar vermem için yeterince zaman tanıdı.

Bu koşullar altında, araştırma kapsamında elde edilen şahsıma ait bilgilerin ve kayıtların bilimsel amaçlarla kullanılmasını, gizlilik kurallarına uyulmak kaydıyla sunulmasını ve yayınlanmasını, hiçbir baskı ve zorlama altında kalmaksızın, kendi özgür irademle kabul ettiğimi beyan ederim."

İmza/Tarih
Katılımcının Adı/Soyadı

İmza/Tarih
Araştırmacının Adı/Soyadı

Not: Form iki kopya hazırlanmıştır. İmzalı kopyalardan biri katılımcıda, biri araştırmacıda kalacaktır.

EK-3: Derinlemesine Görüşme Soruları

DERİNLEMESİNE GÖRÜŞME SORULARI

- Soru 1. Sezaryen doğum hakkında düşünceleriniz nelerdir?
- Soru 2. Sezaryen hakkındaki bilgilerinizin kaynağı nedir?
- Soru 3. Size göre doğum şekline kim karar vermelidir?
- Soru 4. Sezaryen doğumu tercih etme nedenleriniz nelerdir?
- Soru 5. Sezaryen uygulaması öncesi yapılacak uygulamaya dair hekim tarafından bilgilendirildiniz (aydınlatılmış onam) mi?
- Soru 6. Sezaryen uygulaması sonrası karşılaşılabilecek olası durumlar ya da komplikasyonlarla ilgili bilgilendirildiniz mi? Bilgilendirilmediğiniz ya da eksik kalan noktaların farkına vardınız mı?
- Soru 7. Hekim tarafından bilgilendirildiyseniz hekim tarafından nasıl bir usul izlendi? (Yazılı/sözlü)
- Soru 8. Tarafınıza yapılan bilgilendirmenin uygulamanın tüm olumlu ya da olumsuz etkilerini içerdiğini, sizin için yeterince açıklayıcı olduğunu düşündünüz mü?

DERLEME REVIEW

DOI: 10.5336/mdethic.2021-85691

Kadın Bedeninin Denetiminin Biyopolitika ve Biyoetik Açısından İncelenmesi: Geleneksel Derleme**Biopolitical and Bioethical Analysis of the Control of Female Body: Traditional Review**Oya ÖZSAVAŞ^a, Berna ARDA^b^aAnkara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kadın Çalışmaları ABD, Ankara, Türkiye^bAnkara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıp Tarihi ve Etik ABD, Ankara, Türkiye

Bu çalışma, Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü doktora eğitimi kapsamında, 23 Mayıs 2019 tarihinde sunulan "Kadın Bedeninin Denetiminin Biyopolitika ve Biyoetik Açısından İncelenmesi" başlıklı seminare dayanmaktadır.

ÖZET Bu çalışma geleneksel bir derleme olup, çalışmada; biyoetik, biyopolitika ve biyoiktidar kavramları arasındaki ilişki ilgili literatür bilgisinden yararlanılarak incelenmiş ve tartışılmıştır. Biyoetik ve biyopolitika kavramlarının kesiştiği, uğrak olarak kadın bedeni üzerinde uygulanan politikalara değinilmeye çalışılmış, bu politikalara değinilmeden önce biyoetik ve Foucault bağlamında biyopolitika ile biyoiktidar kavramları açıklanmaya çalışılmıştır. Bedenin toplumsal ve tarihsel gerçeklik olarak salt biyolojik kategori olmaktan çıkarak ele alınmaya başlanması, toplumsal kategorilerin bedeni dönüştürme imkânına da işaret etmektedir. Bu bağlamda, bedeni etkileyen ilişkileri tarihsel açıdan ele alması nedeniyle Foucault'un beden ile ilgili çalışmaları önem taşımaktadır. Güntümüzdeki bedenin tarihselliğini kavramak konusunda bize önerilen 2 izlek: Biyopolitika ve tıptır. Biyopolitika, beden ve nüfusu hem dolaylı hem de doğrudan etkileyen öğelere tesir ederek biyolojik yaşamı dönüştürmeyi ifade etmektedir. Çalışmada, tıp ise biyopolitik bir strateji olarak ele alınmakta, bu alandaki bilgi ve pratiklerin toplumsal bedenin inşasındaki rolünün ortaya çıkarılması amaçlanmaktadır. Tıp alanındaki uygulamalar ve canlı organizma üzerinde yapılan çalışmalarda ortaya çıkan değer sorunlarının konu edildiği, tartışıldığı, araştırıldığı disiplinler arası bir alan olarak karşımıza çıkan biyoetik, incelediği konular özelinde biyopolitika ile kesişim göstermektedir. Canlılığın düzenlenmesi ve bedenlenmiş öznenin tanımının yeniden inşasında, tıbbi bilgiler ve tıbbi uygulamalar önemli kaynaklardır. Kadın bedeni, özellikle iktidarı denetim mekanizmalarını uyguladığı alanların başında gelmektedir. Bu çerçevede, kadının üreme kapasitesi üzerindeki kontrol, üreme politikaları ile yürütülmektedir. Tam da burada biyopolitika bağlamında biyoiktidar kavramının işlevi ortaya çıkmaktadır.

ABSTRACT This study is a traditional review which analyzes and discusses the relationship between bioethics, biopolitics, and biopower by means of the related literature. It is tried to address the policies applied on the female body as the intersection of the concepts of bioethics and biopolitics. Before these policies are mentioned, the concepts of biopolitics and biopower are tried to be explained in the context of bioethics and Foucault. Beginning to deal with the body as a social and historical reality, not a purely biological category, points out the possibility of social categories transforming the body. In this context, Foucault's studies on the body are important since he approaches relationships those affect the body from a historical perspective. Two path suggested to us to understand the historicity of the body today are: biopolitics and medicine. Biopolitics refers to transforming biological life by affecting the body and population both indirectly and directly. While medicine is considered as a biopolitical strategy, it is aimed to reveal the role of knowledge and practices for the social construction of the body. Bioethics, which emerges as an interdisciplinary field in which value problems arising in studies in the field of medicine and studies on living organisms are discussed, intersects with biopolitics in particular. Medical knowledge and medical practices are important resources in the organization of life and the reconstruction of the definition of the embodied subject. The female body is in the lead of the areas where the government applies control mechanisms. In this framework, the control over the fertility rate of women is carried out through policies those affect reproductive capacity of women. It is here that the operability of the concept of biopower emerges in the context of biopolitics.

Anahtar Kelimeler: Kadın bedeni; tıp; biyoetik; biyopolitika; biyoiktidar**Keywords:** Female body; medicine; bioethics; biopolitics; biopower

Akılla beraber etiğin bedenselleştiği ileri sürülebilmektedir. Rose, geçtiğimiz yüzyılın başında bireylerin kendilerini içsel psikolojik bir uzamda yaşayan biri olarak anlamaya ve değerlendirmeye

başladıklarını belirtmektedir.¹ Bedenin sabit biyolojik bir kategori olmaktan çıkarak, toplumsal ve tarihsel gerçeklik olarak ele alınması da aynı döneme denk gelmektedir.

Correspondence: Oya ÖZSAVAŞ

Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kadın Çalışmaları ABD, Ankara, Türkiye

E-mail: oyaozsavas@gmail.com

Peer review under responsibility of Türkiye Klinikleri Journal of Medical Ethics, Law and History.

Received: 09 Aug 2021**Received in revised form:** 07 Feb 2022**Accepted:** 01 Mar 2022**Available online:** 04 Mar 20222146-8982 / Copyright © 2022 by Türkiye Klinikleri. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Douglas, tam bu çerçevede bedenın toplumsal kategoriler tarafından dönüştürüldüğünü ifade etmektedir.² Bu bağlamda Foucault'un çalışmalarının önemi, bedeni etkileyen ilişkileri, tarihsel bir perspektife oturarak kavramasıdır. Beden, onun çalışmalarında, biyopolitik gerçeklik olarak sunulmakta, tıp da biyopolitik bir strateji olarak ifade edilmektedir.³ Burada bahsedilen kuşkusuz modern bedendir. Modern bedenin tarihselliğini anlamak konusunda bize önerilen izlekler de biyopolitika ve tıptır. Biyopolitika, modern toplumda nüfusun yaşam süreçlerine dair olguların (sağlık, doğum oranı, yaşam süresi gibi) nasıl rasyonalize edildiğini ifade etmektedir. Diğer bir deyişle bedenleri ve nüfusu dolaylı yollardan etkileyen ögeler ile doğrudan etkileyen ögeler (doğum, ölüm, cinsellik, evlilik, hastalıklar, alışkanlıklar, yaşam tarzları gibi) üzerinde etkiye bulunarak, biyolojik yaşamı dönüştürmenin kendisi olarak ifade edilmektedir.⁴ Burada kurduğumuz bağlantı, bedenin biyopolitik bir gerçeklik olarak ele alınması, bedenin politik bir kategori olarak sorunsallaştırılması ile ilgilidir. Tıp ise biyopolitik bir strateji olarak ele alınması bağlamında, bu alana dair bilgi ve pratiklerin siyasi ve toplumsal bedenin inşasındaki stratejik rolünü vurgulaması açısından önemlidir. Foucault, tıbbın, bedenleri, biyolojik süreçleri konu alan ve böylece düzen sağlayıcı etmenlere sahip bir bilme iktidarı olduğunu belirtmektedir.^{4,5} Bunun anlamı, tıbbi bilginin iktidar teknikleri etrafında ele alınabileceği, yine tıbbileştirme tartışması çerçevesinde beden ve nüfus politikalarının kavranabileceği, bu durumun toplumsal normları inşa etmeye ve normalleştirme sürecine katkıda bulunacağıdır. Foucault, bedenin çeşitli iktidar mekanizmaları aracılığıyla (tıp, eğitim gibi) söylemsel olarak kurulduğunu ifade etmektedir. Bu söylemsel olma hâli, bedenin iktidar ilişkileri yumağı içinde olduğu anlamına gelmektedir. Tam da bu iktidar ilişkileri açısından bakıldığında, kadınların beden inşası ve denetimlerinin, erkeklerden daha farklı bir biçimde işlediği ortaya çıkmaktadır. Kadın bedeninin biyolojik olarak daha kırılgan, hassas, korunmaya muhtaç, aslında bir tahakküm nesnesi olarak ele alındığı görülmektedir. Erkek bedeninin sözde denetimli hâline karşıt olarak kadın bedeni, denetlenmesi gereken bir olgu kabul edilmektedir.⁶ Özellikle XIX. yüzyılda bedenlerin ve nüfusun tıbbileştirilmesi siyasi bir strateji olarak ele alınmıştır. Mazower'ın

belirttiği üzere, kadın bedeni ile bağlantılı olarak doğum süreci (ki daima annenin yararına olmayacak bir mahiyette) daha fazla tıbbileşip, profesyonelleşmiştir.⁷ Tıbbın otorite olarak kabul edilmesi ve tıbbi bilginin sorgulanamaz meşru bir güce ulaşması ile toplumsallaşması biyolojik olanın tıbbın terimleriyle daha ciddi oranlarda tahlil ve tasvir edilmesini de beraberinde getirmiştir. Ancak görece yakın bir dönemde, tıbbın ve biyolojik disiplinlerin uygulamalarında ortaya çıkan etik sorunlar göz önüne alınmaya başlanmış, söz konusu uygulamalar, bunlar biyopolitikanın da ifade ettiği olgulardır, biyoetiğin konusunu oluşturmuştur. Bu bağlamda çok geniş bir yelpaze, biyoetiğin ilgi alanını oluşturmaktadır. Tıp etiği ve sağlık etiği, biyoetiğin önemli bileşenleri olmakla birlikte; üreme, cinsellik, genetik ve nüfusa bağlı etik sorunlar, ayrımcılık, yoksulluk, suç gibi çeşitli sosyopolitik etik konular da yine biyoetik kapsamında değerlendirilmektedir. Bu çerçevede çalışmada, biyopolitika ve biyoetik kavramlarının kesiştiği uğrak olarak kadın bedeni üzerinde uygulanan politikalara değinilmeye çalışılacak, bu politikalara değinilmeden önce biyoetik ve Foucault bağlamında biyopolitika kavramları açıklanmaya çalışılacaktır.

■ BİYOETİK KAVRAMI

Bioetik, sağlık alanındaki uygulamalar ve canlı organizma üzerinde yapılan çalışmalarda ortaya çıkan değer sorunlarının konu edildiği, tartışıldığı, araştırıldığı disiplinler arası bir alan olarak karşımıza çıkmaktadır. Başka bir şekilde söylemek gerekirse biyoetik; halk sağlığı, tıp alanlarında ve biyomedikal araştırmalarda tartışılacak değersel sorunları, bu tartışmaların mahiyetini ve ahlaki karar verme sürecini açıklığa kavuşturmayı amaçlayan, küresel ve disiplinler arası bir alandır.⁸ Tıp etiği ile zaman zaman aynı anlamda kullanılan biyoetik, konusu itibarıyla canlılığı ele alması açısından tıp etiğinden ayrılmaktadır. Bioetik aynı zamanda, toplum ve çevreye ilişkin değersel sorunları da kapsarken; tıp etiği, tıp ve sağlık alanındaki etik sorunlara eğilir.⁹ Tıp etiğinin bu bağlamda tıbbi eylemi düzenleyen kurallar ve tıba özgü değerler evreni ile ilgili olduğu ifade edilebilir. Tıbbi eylemler açısından neyin "iyi" ya da "kötü" olarak nitelenebileceği, mutlak "iyi" ve "kötü"nın varlığı onun temel sorunları olarak ortaya çıkmaktadır.¹⁰ Uygulamalı etiğin alt dalı olan biyoetik ise sağ-

lık alanındaki uygulamalar, insan onuru, vücut bütünlüğü, özgürlüğün çatıştığı noktalarda insanın öz bilgisinden yola çıkarak sınırların çizilmesini sağlamaktadır. Görece geç ortaya çıktığı düşünülen bu alan, gelişen teknoloji bağlamındaki ilerlemelerin doğa, insan bedeni ve insan zihninin korumasızlığı; canlılık üzerine yapılabilecek herhangi bir müdahalenin o canlıların yapısını sonsuza dek değiştirebilme ihtimali, genişleyen bilimsel anlayışın ve teknolojik ilerlemenin yeni bir alanını ortaya çıkarmıştır. Her ne kadar yeni bir alan olarak tahayyül edilse de biyoetik, kökeni eskiye giden soruların cevaplarını aramaktadır. Canlılık, ölüm, acıya dayanma, hayatı yönetecek düzen ve güç gibi kavramların yanı sıra sağlık ve iyilik hâlini sağlamada birbirimize ve doğaya karşı görevlerimizin de yeniden tanımlanması gerektiğini ortaya koymaktadır. Biyoetiğin tarihsel olarak gelişimine baktığımızda, ilk ortaya çıkışının 1960'lı yıllara rastladığı söylenebilmektedir. Bu dönem diyaliz, organ nakli, doğum kontrol hapı, doğum öncesi teşhis, suni solunum aygıtı ve tıbbi küretajın ortaya çıkışı gibi biyotıp alanında önemli teknolojik ilerlemelerin yaşandığı bir zaman dilimine denk gelmektedir. Biyoetik terim olarak ise ilk kez "Bioethics: Bridge to the Future" adlı kitabın başlığında Van Rensselaer Potter tarafından teknolojik gelişmelerin insan hayatı ve çevre üzerindeki değer sorunlarını irdelemek için kullanılmıştır.¹¹ Aslında ilk zamanlarda hayatta kalma süresi ve daha uzun kaliteli yaşam sürecine dayalı yeni bir alanı ifade ederken, daha sonraları hasta-hekim ilişkisi ve hekimlerin ahlaki yükümlülüklerine işaret eder hâle gelmiştir. Ancak durumsal farklılaşmalar ve bakış açılarının çeşitliliği, alanın farklı disiplinlerle ilişkisini artırarak kapsayıcılığının genişlemesine neden olmuştur. Yani etki alanı açısından biyoetik, dar anlamda önemli bilimsel ve teknolojik değişikliklerin ortaya çıkardığı yeni bir saha olarak görürse de aslında hukuki, edebî, kültürel ve tarihi çalışmalarla birlikte felsefe ve din bilimlerinden tıp, biyoloji ve çevre bilimlerine kadar geniş bir alanda etkinlik göstermektedir. Biyoetik araştırmasının dört genel başlık altında sınıflandırılabileceği ileri sürülmektedir. Bunlardan ilki, alanın düşünsel temelleriyle ilgilenen teorik biyoetiktir. Biyoetik bu açıdan tıp etiğine yakın gözükse de tıp etiğinin daha geleneksel alanının köklü bir dönüşümünün ürünüdür. Biyoetiğin kaynaklarından biri tıp

etiği ise diğeri de ahlak felsefesidir.¹² İkincisi, klinik etik olarak ifade edilmektedir. Tedavi sürecinde verilecek ahlaki kararlarda kendini gösteren klinik etik, bir hastaya uygulanacak tedavi ile ilgili bireysel vakalar üzerine odaklanmaktadır. Bu bireysel vakalar, tıbbi ve ahlaki belirsizlikleri ortaya çıkarabilmektedir ki bu da teori ve pratiğin karıştırılması bağlamında karar verme yönteminin ne olacağına dair bir soruna işaret etmektedir. Burada önemli olan, uygulayıcı uzmanların, diğer sağlık çalışanlarının ve hastaların tecrübeleridir. Üçüncü biyoetik çeşidi, önlem alıcı ve düzenleyici biyoetiktir. Bu etik çeşidi, genel uygulama ve vakaların çeşitlerine göre hazırlanmış klinik kural ve izlenecek yöntemleri içermektedir. Burada bireysel vakalardan çok uygulamalar esas alınmaktadır. Biyoetik; tıbbi, biyolojik ve çevresel araştırmalarda siyasi bir güç ve aynı zamanda bu araştırmaların sonuçları açısından kültürel bir bakış açısına da sahiptir. Bu çerçevede biyoetiğin son çeşidi, kültürel biyoetiktir. Kültürel biyoetik, biyoetiği tarihi, ideolojik, kültürel ve sosyal bağlam ile ilişkilendirme çabasıdır. Bu çalışmada, biyopolitika ile bağıni kurmaya çalıştığımız biyoetik çeşidi, kültürel biyoetiktir. Kültür açısından yaklaşıldığında biyoetik, bir sonraki bölümde daha geniş bir biçimde değineceğimiz biyopolitika ve her iki kavramın kesişiminde kalan kadın bedeni üzerindeki uygulamalar, toplumların politik ve ideolojik eğilimlerinde kendini açığa vurabilmektedir. Örneğin toplumsal cinsiyet bağlamında alta işleyen mekanizmalara bakıldığında, ataerkil geleneğin güçlü olduğu toplumlarda hastaların, özellikle kadın hastaların, karar verme süreçlerinde söz sahibi olamadıkları öne sürülebilmektedir. Bu durum, özerkliğe saygı ve adalet ilkesinin göz ardı edildiği anlamına gelmektedir. Bu noktada, hukuk ve etik arasındaki ilişkinin göz önünde bulundurulması önemlidir. Uygur'un belirttiği üzere, hukuk ve etik farklıdır; ancak temel amaç, adaleti tesis etme konusu ise ve adaletin insan haklarının korunmasını gerektirdiği düşünülürse hukuk ve etik arasındaki ilişki kaçınılmazdır.¹³ Beauchamp ve Childress tarafından biyoetik açısından genel bir normlar çerçevesi oluşturmak amacıyla 4 temel ilke ortaya konmuştur. Bunlar; zarar vermeme, özerkliğe saygı, yararlılık ve adalet ilkeleridir.¹⁴ Bu ilkeler içinde zarar vermeme ve yararlılık ilkeleri, özerkliğe saygı ve adalet ilkesine göre daha merkezi bir yerdedir. Yararlılık ilkesi,

zararların azaltılması, önlenmesi ve risklere karşı fayda sağlanmasını hedeflerken; zarar vermekten kaçınmayı, başkalarına yardım etmek için çaba göstermeyi de temel alır ve kuşkusuz zarar vermeme ilkesinden daha kapsayıcıdır. Özerk davranış 3 koşula bağlıdır. Bunlar; bireyin bilerek, anlayarak ve eylemini belirleyen etkilerin kontrolü olmadan hareket etmesidir.¹⁴ Özerkliğe saygı ilkesi bu açıdan hastanın kararına saygı duyulması ve kararının desteklenmesini esas alır. Adalet ilkesi ise risk, fayda ve maliyetlerin eşit olarak dağıtılmasına dayanmaktadır. Etik bir sorun içeren her olayın koşullarının kendine özgü olduğu göz önünde bulundurulmalı, zorunlu haller durumunda etik ilkelerden bir ya da birkaçı uygulanırken, bazılarının ihlal edilebileceği dikkate alınmalıdır. Bu durum, etik ilkelerin çatışmasını beraberinde getirebilirken, herhangi bir etik ilkenin diğerine göre üstünlüğü anlamına da gelmemektedir. Tabi ki söz konusu olan gerçekçi bir nedenin varlığı ilke ihlalinin etkilerinin ilkeye ve duruma en az zarar verecek şekilde uygulanma gerekliliğidir.¹⁵ İnsan onuru, kişisel özerklik ve rıza kavramları arasındaki ilişkinin en karmaşık hâli de yine biyoetik sorunlarda karşımıza çıkmaktadır. Yaşamın başlangıcı ve sonu da dâhil olmak üzere bu süreçte ortaya çıkan etik problemlere cevap aramaya çalışmaktadır. Özellikle bu çerçevede üreme ile ilgili hususlarda kadın bedene devlet eli ile müdahale çalışmanın çıkış sorununu oluşturmaktadır. Politika üreticiler, üreme konusu ile ilgili politika ve programlarını insan hakları bilgisi ile ürettikleri gibi kanun koyucular da kuralların dayanağı olarak bu bilgiyi kullanmalıdırlar. Yani insan haklarına, insan onuruna ve temel özgürlüklere uygun hareket edilmesi esastır ki bilimin, bireyin ve toplumun refahı için araç hâline gelmesi, insanların araç olarak kullanılamayacağı anlamına gelen insan onuruna saygı ilkesinin bir sonucu olarak değerlendirilmektedir.

■ BİYOPOLİTİKA KAVRAYIŞI

BİYOPOLİTİKANIN AÇIKLAMA NESNESİ BİYOKİTİDAR KAVRAMI

Biyopolitika kavramı, özellikle siyaset tartışmaları içinde önemli bir yere sahiptir. Tıp çerçevesinde aslında biyoetiğin de çalışma alanına giren organ nakilleri, ölümcül hastalıklara karşı geliştirilen çalış-

malar, salgın hastalıklar ile ilgili önlemler, hastalıkların kaydedilmesi, küretaja ilişkin düzenlemeler, göçmenlerle ilgili yasalar, doğum ve ölüm oranları, demografik problemler, kök hücre çalışmaları, organik tarım çalışmaları, ekolojik problemler, yaşam alanları, öjeni, nüfusun denetimi, ortalama yaşam süresinin artırılması gibi konular biyopolitikanın kapsamında değerlendirilmektedir. Lemke'nin belirttiği üzere biyopolitika, hayatla (bios) uğraşan politika demektir.¹⁶ Geçen yüzyılın başlarında ortaya çıkan doğalcı görüşe göre hayat, politikanın temelidir. Lemke'nin, hayatın politikanın temelinde olduğunu ifade eden doğal görüşüne göre bütün toplumsal, politik ve hukuki bağlar canlı bir bütüne dayanmakta ve bu politika yalnızca biyolojik yasalara göre işlemektedir. Bu görüşün karşısında, özellikle 1960'lı yıllardan sonra ortaya çıkan politist yaklaşım ise hayatın politikanın nesnesi olduğu, politikanın biyolojik temelli olmasından ziyade düşüncenin ve eylemin yeni bir nesnesi olarak yaşam süreçlerini açığa vurmaktadır.¹⁶ Diğer bir deyişle biyopolitika çerçevesinde yurttaşın bedeni, geçtiğimiz yüzyılın ortalarına kadar ortak bir değer olarak ele alınmıştır. Üremeyi şekillendirme ya da hastalıklarla mücadele meselesinde devlet, nüfusun kolektif sağlığını korumak ve yönetmek için önlemler alırken; bireyler de kendilerinin, ailelerinin soylarının iyiliği ve milletin bütünlüğü için biyolojik önlemleri almak ile yükümlü olarak görülmektedir. Konuyu Foucault açısından değerlendirdiğimizde, onun biyopolitika kavramına yeni bir bakış açısı getirmiş olduğu görülmektedir. Biyopolitikayı açıklamak için biyoiktidar kavramını kullanan Foucault, biyoiktidarın, insana ait temel biyolojik özelliklerin, politik stratejinin ve iktidarın genel stratejilerinin nesnesi hâline getiren bir dizi mekanizmalar bütünü olduğunu belirtmektedir.¹⁷ Biyopolitika bu çerçevede, yönetim ilişkileri içindeki dönüşüm ve değişime; iktidarın hem yönetim gücü hem de değişimci gücüne işaret etmektedir. Onun işaret ettiği iktidar, biyopolitika vasıtasıyla uygulanan bir güçler toplamından başka bir şey değildir. Diğer bir deyişle iktidar, toplumdaki karmaşık bir stratejik duruma işaret etmekle beraber bireyler arasında süregelen dolaylı söylemler aracılığıyla varlığını sürdürmektedir. Bu anlamda iktidar, yaşamın bütününe nüfuz etmektedir. Foucault'a göre iktidarın en önemli özelliklerinden biri, bazı insanların başka insanların dav-

ranışlarını az çok bütünüyle (ama zorlamayla dayanmayan bir şekilde) belirleyebilmesidir. İktidar ilişkisi zaten her iki tarafın da sonuna kadar eylemde bulunabilecek durumda olması ve bu ilişkide tüm bir etki-tepki alanının olması ile mümkündür.¹⁸ Bir iktidar teknolojisi olan biyoiktidar, doğrudan bedeni hedef almaktadır. Biyoiktidarın işlemesi ile canlı olan bedene yatırım yapılması, onun değerlendirilmesi, güçlerinin dağıtım amaçlı olarak işletilmesi mümkün olmaktadır.¹⁹ Bedenin kullanışlı olması, hem üretici bir beden hem de tabii kılınmış bir beden olmasına bağlıdır. 1900'lü yıllarla değişen yöneten-yönetilen anlayışının, yönetsel pratiklerin öne çıktığı, iktidarın oluşturduğu hakikat söylemleri ile toplumsal bedenlere/nüfusa yönelen bir yönetme sanatına evrilmiş olduğu gözlenmektedir. Foucault, hakikat söylemleri ifadesi ile iktidarın hakikat üretimiyle ilişkisini ele almayı çalışmaktadır. Foucault için hakikat hem bir zorunluluklar sistemi hem de özgürleşme imkânıdır. Hakikat ile ilgili ifade edilen bilginin formel yapısı ya da içeriği değil, mecburiyet ve politika olarak hakikat söylemidir. Foucault, iktidarın nasıl gerçeklik/doğru yarattığından bahsederken, farklı iktidar ilişkileri yoluyla hangi yönetimler, hangi ilişkiler, hangi hak/ödev kavrayışı, hangi gerçeklik kavrayışlarının üretilip uygulandığını bulmaya çalışmaktadır. Şeylerin, hakikat olarak muamele görmesi ve öznenin kendisinin bu hakikati ya üretmesi ya kabullenmesi ya da bunlara tabi olmak zorunda kalması söz konusudur. İşte iktidarın oluşturduğu bu hakikat söylemleri ile bireyin yaşamı çepeçevre sarılmakta, normlar oluşturulmaktadır. Bu normlar zorla değil, gerçeklik şablonu olarak gönüllü katılım yoluyla içselleştirilmektedir. Foucault, hapishane ve akıl hastanesi gibi kurumların varlığını, psikiyatrinin ortaya çıkışını, normların insanlar tarafından gerçeklik şablonu olarak içselleştirilmesine bağlamaktadır. Örneğin akıl hastanesi, Goffman için bir "total kurum" olarak nitelendirilmektedir.²⁰ Yani toplumun genelinden oldukça uzun bir süre için koparılmış ve benzer bir durumda olan çok sayıda bireyin, kurum tarafından kuşatılmış ve resmi surette düzenlenmiş bir yaşam döngüsü sürdürdüğü, bir ikamet ve çalışma yeri tanımlanmaktadır. Bireyler, biyoiktidarın oluşturduğu norm üzerinden denetlenmekte, kategorize edilmektedir. Böylece "normalleştirilen" toplumda bireylere ne yapıp yapmaması gerektiğinin söylen-

mesine gerek yoktur; çünkü birey, biyoiktidarın oluşturduğu normun dışına itilmemek için toplumun hukuksal olmayan fakat söylemlere dayalı, o görünmez yasalarına boyun eğmektedir. Foucault'a göre ne adalet kurumları önemini kaybetmiş ne de yasa tamamen ortadan kalkmıştır; sadece yasa daha fazla norm biçiminde işlemeye başlamış, adalet kurumunun işlevleri, özellikle tıbbi ya da yönetsel aygıtlar gibi düzenleyici olan aygıtlarla daha çok bütünleşmeye başlamıştır.²¹ Bu çerçevede toplumsal bireyler bütünlüğü, biyolojik süreçlerin ve yasaların nüfuz ettiği, emrettiği, yönettiği canlı varlıklar olarak görülmektedir. Bir nüfusun doğum oranı, ölüm oranı, bir nüfusun yaş eğrisi, yaş piramidi, hastalanma hâli, sağlık durumu vardır; bir nüfus yok olabilmekte ya da tersine gelişebilmektedir.^{16,18} Bunun içerisinde nüfusun büyüme hızının kontrol altında tutulması, üremenin teşvik edilmesi, yaşam süresinin uzatılması gibi sorunsallar yer almaktadır. Bu çerçevede cinsellik, hem disipline edici hem de düzenleyici bir unsur olarak ortaya çıkmaktadır. Bedenin ve nüfusun birleşme yeri olması dolayısıyla bedene yönelik disiplinli mekanizmalar ile nüfusa yönelik düzenleyici mekanizmalar tam da burada birbiri üzerine eklenmektedir. İleriki bölümde üzerinde daha fazla duracağımız üzere, özellikle tıbbın cinselliğin yaşanmasındaki normal davranış hakkındaki saptamaları oldukça fazladır. Norm dışına çıkan cinsel birleşme durumunun sapkınlık olarak damgalanması, devletin cinsellikten üretim sağlama hedefinin bir sonucu olarak görülebilmektedir. Biyoiktidarda nüfus üzerinde denetimde bulunma, yaşatma, yaşamı düzenleme, güçlendirme işlevini edinmiş olan, en uç hakkın ölüm olduğu hukuksal özneler değil, canlı varlıklarla muhatap olan, yaşam sorumluluğunu yüklenmiş bir iktidardan bahsedilmektedir.¹⁹

BİYOPOLİTİKA BAĞLAMINDA YAŞAMIN TİBBİLEŞMESİ

Canlılığın düzenlenmesi ve bedenlenmiş öznenin tanımının yeniden inşasında, tıbbi bilgiler ve tıbbi uygulamalar önemli kaynaklardır. Tıp, ilişkisel bir alan olarak belirli rasyonaliteler, hakikat rejimleri, içinde işlediği tarihsel, toplumsal, ekonomik bağlamlarla karşılıklı bir ilişki içindedir. Bu çerçevede hakikat rejimleri, bireyleri belli hakikat edimlerine tabi kılan, bu edimlerin biçimini belirleyen, uygulanma koşul-

larını ve özgün etkilerini tesis eden şey olarak karşımıza çıkmaktadır. Foucault, bilgi-iktidar ilişkisini çözümlemek için hakikat rejimleri ifadesini kullanmaktadır. Nietzsche, tam da bu çerçevede bilginin icat edilmiş olması dolayısıyla onun ürünü olan hakikatin de icat edilmiş bir şey olduğunu vurgulamaktadır. Foucault'nun yaptığı, tarihin bir kesitini almak, yani o dönemdeki insan hareketlerini koşullandıran yapıları görme çabasıdır. İktidar ilişkilerinin olmadığı hiçbir toplumun olmadığını söyleyen Foucault, toplumsallaşmış özelliklerimizin de devlet ve iktidarın yaratımları olduğunu, tahakküm ilişkileri barındırdığını ifade etmektedir. Bu bağlamda da sosyolojik okumalara açıktır. Yani toplumsal örüntüler ve ekonomik koşullar tıbbi bilgi pratikleri etkilerken, aynı zamanda onları yeniden kurmaktadır. Tıbbi kararlar bu çerçevede insanların bilme biçimleriyle, bedene, yaşama, ölüme ilişkin fikirleriyle yakından ilgili kuşkusuz etik bağlamla da ilgilidir. Tıp, kimliğin ya da benliğin inşasında önemli bir rol oynamaktadır ki tıbbi bakış açıları, tıbbi pratikler, bireylerin gündelik hayatındaki tıbbi duyarlılıkları, tıbbi özneleri ve hayat tarzlarını üretmektedir. Rose da tıp, siyaset, toplum ve beden arasındaki ilişkiler çerçevesinde tıbbin ve tıbbi etkinliklerin toplumsal alanı etkilediği ve belirlediği yönünde fikir belirtmektedir.¹ Dolayısıyla tıbbin topluma nüfuzu ise bedenlerin ve nüfusun, yani yaşamın tıbbileştirilmesi olarak genelleştirilebilecek pratiklerin bir sonucu olarak oluşmuştur.²² Foucault, siyasal süreçlerin tıbbin toplumsal tarihi, beden üzerine yapılan araştırmalar, tıbbi bilginin toplumsal alanın inşasındaki kurucu rolü ile ilişkisini ele alırken; tıbbi bakış, söylem ve iktidarın eleştirisini de yapmaya çalışmaktadır. Foucault, bu çerçevede modern tıbbin, toplumsal bedene yönelik belirli teknolojilerin temeli olduğunu belirtir.³ Biyotarih, tıbbileştirme ve sağlığın ekonomisi kavramları üzerinden Foucault, bedenin modern politikasını tartışabileceğimiz kavramsal çerçeveyi bize vermektedir. Foucault, tıbbileştirme ile insan davranışı ve bedeninin, genel bir tıp ağının parçası hâline gelmesini; sağlığın ekonomisi ile sağlıktaki gelişmelerin kapitalist ekonomiyle bütünleşmesi, sağlık hizmetleri ve sağlık harcamalarını ifade etmektedir.³ İktidar ve bedenle olan ilişkisinin tarihselliği tıbbileştirme ile ortaya konmuş ve tıbbi bilgedeki dönüşüm ile toplumsal bir pratik olarak tıbbin paralel olarak ilerlediği bilgisi karşımıza çıkmıştır.

Yani diğer bir değişle tıbbileştirme, tıbbi bakışın farklılaşması, bedene nüfuz edişi ve bu bakışın siyasal-toplumsal pratiklere sızmasından okunabilmektedir. Bu çerçevede ortaya çıkan modern tıp, toplumsal yararlılık ilkesine dayanırken, insanların gündelik yaşamlarıyla da ilgilenmektedir. Klinik ise hem tıbbi sistemi hem bireyin yaşadığı hayatı tahayyül etme biçimini etkilemiş, ölüm olgusu ve ölümlülüğün nedenleri bilimin gözüyle kavranarak yaşam/ölüm olguları seküler bir zemine taşınmıştır. Foucault, modern tıbbin doğuşunda, nihai sonda yaşam bilgisi aranmasının, ölüme yönelik bakışın değişiminin çok önem taşıdığını ifade etmektedir.²³ Ona göre modern tıp, ölümü bilimin ışığı altına alarak karşı doğa fikrinden koparmıştır. Bir yandan yararlılık ilkesi, diğer yandan bedenin doğum ile ölüm arasında yaşadığı sürecin tıbbi olarak anlamlandırılması ile tıp, neredeyse dinî aktörlerin ve kurumların eski manevi eğilimine ulaşmaya yaklaşmıştır. Tıbbileştirme, bedenin anlamını dönüştüren bilginin oluşup bu bilginin kurumlar aracılığıyla yaygınlaştırılması ile eş zamanlı ilerlemiştir. Söz konusu sürecin çerçevesi, beden ve bu bağlamda nüfusa yeni bir bakış açısının oluşması, hastanelerin yeniden yapılması, tıbbi bilginin toplumsallaşması ve kurumsallaşması ile çizilmiştir. Sınırları belli bu mekânsal uğrak, klinik ile birlikte yeni bir tıbbi anlayış oluşmuş, deney ve gözlem önem kazanmış, bedenin yaşamsal fonksiyonlarını çıplak gözle gözlemenin önemi yerleşmiş, bir anlamda da beden tıbbi müdahale karşısında sıradan hâle gelmiştir. Bir toplam kurum, aklın kurumsallaştığı alan olarak hastane, sınıfsal uzlaşının, tıbbi bilginin geliştirilmesi uğruna sağlandığı bir mekândır. Diğer bir nokta, hekimler için sürekli, devingen ve farklılaşmış bir gözetim uygulayabilecekleri yaygınlaşmış bir katılım tasarlanmıştır.²³ Bu da hekimlerin gündelik yaşam içerisinde toplumsal alanın her noktasında olmasını, tıbbin toplumsal alana nüfuz etmesini sağlamıştır. Yine tıbbi bilgi, nüfusun politik süreçlerin öznesi ve nesnesi hâline gelmesine neden olmaktadır. Tam da bu çerçevede, önceki bölümde ele aldığımız biyoiktidar kavramının siyasal, bilimsel, biyolojik bir sorun, hatta bir iktidar sorunu olarak nüfusla ilgili olduğu aklımıza gelmektedir. Buradan hareketle tıbbin biyopolitik bir strateji olarak tanımlanmasına döneriz ki bu durum, beden ve nüfus politikalarının bir tıbbile-

tirme tartışması etrafında kavranabileceğinin işaretini bize vermektedir. Ek olarak görmemiz gereken diğer bir husus, beden ve nüfus politikalarının tıbbileştirme etrafında örgütlenen bir iktidar bilgi ilişkisinin, tıbbi bilginin norm üreten, iktidar uygulayan ve bedenleri normalleştiren işlevini açık etmesidir. Foucault'nun da bahsettiği üzere, tıbbileştirme ve normalleştirme arasında birbiriyle bağlantılı bir ilişki vardır, tıbbi bilgi sürekli "normallik" nosyonlarına ihtiyaç duymaktadır.²³ Tıbbi düşünce, norm etrafında örgütlenen şeyleri algılamının bir biçimi olarak normal ile anormali ayırarak işlemekte, hem siyasal alana hem topluma hem de hukuksal alana nüfuz etmekte, normalleştirici bir tıbbi iktidar bunun bilgisi sayesinde oluşmaktadır.²² Bu normun iktidarı sayesinde norm ilkesi belli başlı kurumlar içine yerleşmiştir. İkili karşıtlıklar çerçevesinde belirlenen ayırım ve damgalama (deli/akıllı, normal/anormal vb.), baskı altına alıcı ayırma, farklılaştırıcı dağıtım (kimdir, nerede olmalıdır, neyle belirlemeli, nasıl tanınmalı, sürekli bir gözetim bireysel olarak nasıl uygulanmalı vb.) ile bireysel denetim mercileri bireyleri türdeşleştirmeye zorlamaktadır.²⁴ Bu çerçevede tıbbin biyopolitik bir strateji olarak değerlendirilmesi, tıbbi bilgi ve pratiklerin hem siyaset içindeki kritik konumunu hem de tüm toplumsallığı içinde beden inşasındaki stratejik rolünü tartışmayı amaç edinmektedir. Bu durum, yani bedenin biyopolitik bir gerçeklik olarak ele alınması, bizi nüfusun biyopolitikasının hangi pratikler içerisinde gerçekleştiğini tartışmaya yönlendirmektedir. Bedenin politik bir kategori olarak sorunsallaştırılması, nüfusun sorunsallaştırılmasıyla da yakından ilişkilidir.

KADIN BEDENİNİN DENETİMİ BAĞLAMINDA ÜREME HAKKI VE NÜFUS POLİTİKALARI

KÜRETAJ VE KADIN BEDENİ

Kadın bedeni, özellikle iktidarın denetim mekanizmalarını uyguladığı alanların başında gelmektedir. Bu çerçevede kadının üreme kapasitesi üzerindeki kontrol, üreme politikaları ile yürütülmektedir. Tam da burada biyopolitika bağlamında biyoiktidar kavramının işlerliği karşımıza çıkmaktadır. Kavram, canlılığın ve nüfusun yönetilmesi hususunda çok önemli bir yerde bulunmaktadır. Biyoiktidar kavramıyla nü-

fusun sağlığı, devamlılığı ve refahı ele alınırken; normal, sağlıklı ve üretken bireyler inşa etme çabası gözüme çarpmaktadır. Yine kadın bedeninin üreme kapasitesi, doğum/ölüm istatistiklerini tutma, nüfus artışını takip etme konusunda belirleyici bir noktadır. Cinselliğin bir iktidar tekniği olarak işlediğini ortaya süren Foucault, söz konusu tekniğin nüfusu yönetme bedenleri disipline etme yönünde kullanıldığını belirtmektedir. İşte bu nedenle biyoiktidarın görünür olması, cinselliğin bir olgu olarak ortaya çıkması ile eş zamanlı olarak ilerlemektedir. Söylemsel olarak kadın bedeni de yeniden üretim kapasitesi nedeniyle cinsellikle donatılmış, cinselliğin nesnesi hâline gelmiş olarak gözükmemektedir. İktidar söylemlerinin odağında bulunan kadın bedeni, üreme mekanizmasına sahip olması nedeniyle ele alınmakta, hatta toplumsal beden olarak algılanan bu bedenin iktidar mekanizmalarının denetimine nasıl girdiği tartışılmaktadır. Bireyin bedeninin politiklaşmasının nedeni de cinselliğin iktidar pratiklerince bedene nüfus etmesi sonucudur. Yeniden üretim süreci için kullanılan kadın bedeni, yeni ucuz iş gücünü oluşturur, çünkü doğum oranının artması genç nüfusta artış meydana getirmektedir. Tam da bu nedenle nüfusun artış hızı her zaman bireysel karar olarak değil, bir devlet politikası olarak karşımıza çıkmaktadır. Buradan hareketle nüfusun düzenlenmesine dair politikalar da kadınların üreme kapasitelerinin kontrol altına alınması ve yönlendirilmesi ile doğrudan alakalı gözükmemektedir. Kadın bedenini devlet denetimine açık hâle getiren en önemli tartışmalar, küretaj hakkındaki düzenleme/yasaklama, hak tanımlamalarının nasıl yapılacağına dair olanlardır. Kısacası üremenin kontrol edilmesi ve küretaj, iktidarın denetim mekanizmalarını kadınların bedenlerine yönelik olarak uyguladığı önemli alanlardır. Biyopolitika Foucault'nun da söz ettiği üzere nüfus ve hayatın yönetilmesi konusunda önemli bir yerde durmaktadır. Bu çerçevede nüfusun düzenlenmesi, kadınların üreme kapasitelerinin kontrol altına alınması, devletin dolayısıyla iktidar mekanizmasının politikası hâline gelmektedir. Bu açıdan bakıldığında, küretaj konusundaki hak tanımlamaları, düzenlemeler, yasaklama ya da serbest bırakma konusundaki tartışmalar kadın bedenini devlet denetimine açık hâle getirmektedir. Kadın bedeninin aidiyet sorunsalı yanında tam da biyoetiğin alanına giren kü-

retaj meselesinde embriyonun yaşam hakkı ve kadının yaşam hakkı arasındaki ilişki, hangi hayatın yaşamaya daha değer olduğunun tespiti bizi yaşam tanımının değişkenliği sonucuna götürmektedir. Temel hak ve özgürlüklerin en başında yer alan yaşama hakkı, özellikle yaşamın hangi aşamada başladığı küretaj tartışmalarında her daim içinden çıkılması zor bir noktada yer almış, iktidar tarafından kullanılarak nüfus politikalarının ihtiyacına göre şekillenmiştir. Bu çerçevede ceninin yaşam hakkı ve yaşamının ne zaman başladığı tartışmaları belirli zamanlarda kültürel, dinî, tıbbi ve politik söylemlerle annenin bedensel bütünlüğü ve yaşamının önüne geçmiştir; nüfus artışının kontrol altına alınmak istendiği dönemlerde ise üreme teşvik edilmeyerek ya da olası doğumların önü kesilerek yaşayan bireyin hayatı daha önemli sayılmıştır. Yani kadınlar, doğurganlık özelliğinden dolayı doğum, hamilelik, küretaj, bakım hizmeti ve kısmen de olsa doğum kontrol yöntemleri gibi kendi bedenlerini etkileyen konularda çeşitli tartışmaların ortasına çekilmişlerdir. Küretaj tartışmalarının bir ayağını anne ve embriyonun yaşam hakkı oluştururken, diğer bir ayağını küretajın farklı kadınlar için kadınlık deneyimi açısından farklı bir anlam setine sahip olması oluşturmaktadır. Üremeyi teşvik edici uygulamalar ile küretaj hakkına erişimin kısıtlanması, bazı kadınlar için üreme haklarına yapılan bir saldırı anlamına gelmiştir. Belli tutumlar çerçevesinde ise kadınlar küretaj hakkına karşı bir tutum da sergileyebilmişlerdir. Ancak Ramazanoğlu'nun belirttiği gibi küretajın her kadın için aynı anlama gelmediği argümanı, küretajın denetiminin tüm kadınlar üzerinde etkili olmadığı anlamına gelmemektedir.²⁵ Küretajın bir aile planlama yöntemine indirgenmesi de doğru değildir. Küretaj olmak, daha çok bir zorunluluk durumunu ihtiva etmektedir. Türkiye Psikiyatri Derneğinin de belirttiği üzere, küretaj uygulamasının yasaklanması yerine doğru bir yöntem izlenerek üreme sağlığı hizmetlerinin kalitesi ve yaygınlığının artırılması yerinde olacaktır. Diğer bir durum da kişi özgürlüğüne bağlı olarak ortaya çıkan devletin kendisini sınırlama yükümlülüğüdür. Küretaj bağlamındaki hak tartışması, yaşam hakkının korunması öne sürülerek özgürlüğün zıddı bir anlamda kullanılmakta, devletin kanunlar ile küretaj ve cinsellik alanını yeniden inşa etme ve ona müdahale

etme ayrıcalığının olduğu savunulmaktadır. Ancak küretaj hakkına devletin teşvik ya da yasaklama şeklinde bir müdahalesi olmamalıdır. Burada iddia edilen, devletin bazı değerleri ön plana çıkarması ve davranış biçimlerini desteklemesi, bazılarını ise ket vurmasıdır. Küretaj, devletin müdahale edeceği ahlaki veya dinî alana atıfta bulunarak zorlayıcı güç kullanma durumunu meşrulaştıracığı bir alan değildir. Sadece bir tıbbi seçim hakkı olmayan küretaj, kadının rızası olmayan gebelik durumunun kendi bedeni ve yaşamı üzerindeki tasarrufuna engel olması dolayısıyla kadının kararına bırakılmalıdır. Bu durum bir tercih ve özgürlük hakkı olması hasebiyle kadınların bu haklarına yapılacak müdahale herkesin özgürlüğüne yapılacak bir müdahale olarak görülebilir. Jaggar da çocuğun doğumuyla hem fiziksel hem de ruhsal olarak en fazla etkilenecek kişinin kadın olması nedeniyle öncelikle kadının karar verme sürecinde etkin olması gerektiğini belirtmektedir.²⁶ Küretaja karar verme, öncelikli olarak kadının hakkı olmalıdır. Ancak burada yasa koyucuları ilgilendiren husus, özellikle kadın bedeni üzerinden yürütülen süreçlerle üremenin teşvik edilmesi/engellenmesi değil, insan hakları bağlamında hasta haklarının gözetilmesinin sağlanması, hekimler için güvenli bir ortam yaratılarak hekimlerin görevlerini yerine getirmelerini sağlayacak yasal düzenlemeleri yapmak olmalıdır.

ÜREME HAKKI, KADIN BEDENİ VE NÜFUS POLİTİKALARI

Biyopolitika çerçevesinde daha önce de üzerinde durduğumuz üzere nüfusun ve bedenlerin kontrolü iktidar için çok önemli bir noktaya gelmiştir. Tek tek bedenler değil, toplumsal bedenin, yani nüfusun kontrol edilmesi ile disiplin toplumu ile iç içe geçmiş olan denetim toplumuna geçiş sağlanmıştır. Böylece nüfusun kontrolü bedenler üzerinde kontrol mekanizmaları uygulanarak sağlanmaya başlanmıştır. Biyoiktidar elinde bulunduran devletin görevi artık sağlıklı nesiller yetiştirmek ve yaşam kalitesini yükseltmek, yaşam süresini artırarak bireyden en yüksek düzeyde verimi almaktır, çünkü birey aynı zamanda üretimde ve savunmada kullanılacak önemli bir kaynaktır. Bu bağlamda, kadın bedeni üreme kapasitesi ile ele alınarak ya da kadın bedeni sadece

üreme yetisine indirgenerek devletin, nüfus politikaları doğrultusunda kendi hedef ve ihtiyaçlarına uygun birey sayısına ulaşması sağlanmaktadır. Biyoiktidarın hedeflediği iktisadi ve politik hedeflere göre şekillenen nüfus politikalarında beden, özellikle de kadın bedeninin üzerinde kontrol mekanizmalarını kullanmaktadır. Tam bu noktada tıbbi bağlamda, kadın bedeni kendisine özgü fizyolojisinin etkisiyle tıbbi uygulamalar alayla bütünleştirilmiş; düzenli doğurganlığını sağlamak zorunda olduğu, toplumsal bünye çerçevesinde esas ve işlevsel ögesi olmak zorunda kaldığı aile düzlemi ve ürettiği biyolojik-ahlaksal sorumluluk çerçevesinde güvence vermek zorunda olduğu çocukların yaşamıyla organik bir iletişime sokulmuştur.¹⁹ Turner'ın belirttiği gibi cinselliğin yönetimi ile kast edilen aslında bedenin düzenlenmesidir, düzenleme ise patriyarka tarafından kadın bedeninin kontrol altında tutulmasıdır.²⁷ Yani nüfus üzerinde yapılacak her düzenlemenin odak noktası olarak karşımıza kadın bedeni çıkmaktadır. Ancak buradaki handikap, kadının üremesine odaklı nüfus politikalarında kadının değil erkeklerin karar verici merciler olmasıdır. Diğer yandan, devlet tarafından kadınlar için ortaya konan belirli uygulamalar, doğumla birlikte esnek çalışma saatleri, çocuk sahibi olan kadınların emeklilik süresinin kısaltılması gibi kadın emeğinin bakım emeğine indirgenmesine, özel/kamusal arasında yaratılan ayrımın keskinleşmesine, kamusal alan kadınlara açılma dahi kadının özel alandaki görevleri üstlenmesi sonucunu ortaya çıkarmaktadır. Bu çerçevede, işleyen ataerkil aile ideolojisi haneye ait olan özellikleri normal ve doğru olarak meşrulaştırmakta; kadınları, yaşamlarının büyük bir kısmında hane içine ait varlıklar olarak tanımlamaktadır.²⁵ Ekonomi, politika ve bilgi alanları erkeğe özgü olarak değerlendirilirken, kadın kategorisi aile ve akrabalık yapısı içinde değerlendirilmektedir.²⁸ Aslında ontolojik olmayan bu ayrım, tek bir erkeğin veya bir arada tüm erkekler kategorisinin ortak fikri değildir, erkek bilinçsiz olarak başkasının bu bakış açısına sahip olduğunu bile fark etmeden aynı tutumu takınmaktadır.²⁹ Bu bağlamda, eril bakış açısına sahip kadın bedenini ve cinselliği denetleme siyaseti, kadınların üreme özgürlüğü konusunda kendi kararlarını vermelerini güçleştirmektedir. Üreme özgürlüğü, kadınların ne zaman çocuk sahibi

olacaklarına kendilerinin karar vermesi ya da çocuk sahibi olmayı istememe hakkını kapsamaktadır; yani kadınların, kendi doğurganlıkları üzerinde hak sahibi olmaları anlamına gelmektedir. Kadına Karşı Her Türlü Ayrımcılığın Önlenmesi Uluslararası Sözleşmesi 16'ncı maddede, çocukların sayısına ve dünyaya getirilme zamanına serbestçe ve makulce karar verme konusunda aynı haklara sahip olma, bu hakları kullanabilmeleri için gerekli bilgiye, eğitime ve araçlara sahip olma, yani kadınların üreme hakkına ve bedenleriyle ilgili kararı özgürce kendileri vermelerinin devlet tarafından garanti altına alınması gerektiği ifade edilmiştir.³⁰ "International Conference on Population and Development" toplantısında üreme hakkı, "insanların üreme ve bunu ne zaman ve ne sıklıkla yapabileceğinin kararını verme hakkına sahip olduğu" şeklinde ifade edilmiştir.³¹ Uluslararası anlaşmalar çerçevesinde kadınların üreme özgürlüğü güvence altına alınsa da pratikte yaşanan zorluklar dikkate alınmalıdır.

SONUÇ

Biyopolitika; hayat/ölüm, cinsiyet, toplumsal cinsiyet, beden/toplumsal beden ve nüfus ilişkileriyle iktidar bağlantılarını ortaya koyması açısından işlevsel bir kavramdır. Beden, biyopolitika bağlamında ele alındığında, toplumsal süreçlerin etkisi altında şekillenen dinamik bir yapı olarak karşımıza çıkmaktadır. Aynı zamanda beden, kültürle yorumlanan sabit olmayan tarihsel bir gerçekliktir ve iktidarın en çok müdahale ettiği alan olan cinsellik ile kontrol altında tutulmaktadır. Cinsiyet kategorisine uygun olarak hangi cinsel eylemlerde bulunulabileceği iktidar tarafından söylemsel olarak kurulurken, bireyin cinsel eylemleri sahip olduğu cinsiyet kategorisine göre şekillendirilebilmektedir. Canlı varlıkların yönetimini merkeze alan biyopolitika, iktidar pratikleri, bilgi, söylem ve özneleşme tarzları arasındaki ilişkiler ağını kurmaktadır. Yine biyolojik bir olgu olarak canlılığın, tarihe girdiği andan itibaren beden ve nüfus politikalarının ortaya çıktığı görülmektedir. Bu bağlamda, tarihsel süreçlerin canlı ya da biyolojik olan üzerindeki etkilerinin giderek arttığı gözlenmekte, toplumun tıbbın terimleriyle belirlendiği, toplumun tıbbileşmesinin söz konusu olduğu görülmektedir. Diğer bir deyişle tıbbi bilginin sorgulana-

maz bir meşru güce sahip olduğu, tıbbın bir otorite olarak yükselişe geçtiği göze çarpmaktadır. Foucault da modern toplumda biyolojik olanın politikleştiğini öne sürerken, toplumsal olanın tıbbileştiğini ifade etmektedir. Tıbbın kazandığı güç, bireyi, biyolojik bir varlık oluşu gerçeğiyle yüz yüze getirirken, politik alan da canlı varlığı yönetme enstrümanları sunmaktadır. Beden de siyasal-toplumsal ilişkilerin odağındadır. Peki tartışılan, üzerinden siyasetin yürütüldüğü, denetim mekanizmalarının işletildiği beden, hangi bedendir? Kuşkusuz kadın bedeni, üreme kapasitesi çerçevesinde üzerinde denetim sağlanan bedendir. Bu beden ki üretim aracı olarak nüfusu düzenlemek adına kullanılmaktadır. Biyoiktidar bağlamında cinsellik, bir iktidar tekniği olarak işlemede, kadın cinselliği ve üreme yetisi kontrol altına alınarak kadın bedeninin cinsellik merkezli söylemlerin nesnesi hâline geldiği görülmektedir. Diğer yandan, kadınların istedikleri zaman çocuk sahibi olma ya da hiç çocuk sahibi olmama hakkı, yani kendi doğurganlıkları üzerinde hak sahibi olmaları üreme özgürlüğü olarak ifade edilmektedir. Üreme bağlamında kadın bedeninin denetiminin kendi tasarrufunda olduğuna dair tartışmalar hâlâ devam etmektedir. Küretaj hakkı çerçevesinde kadın bedeninin kime ait olduğu meselesinin yanı sıra küretajın embriyonun yaşam hakkı ile kadının yaşam hakkı arasındaki ilişkiye vurguda bulunarak tartışılması, konuyu, yaşamın değişkenliği ve yaşamın hangi aşamada başladığı sorularına götürmektedir. Temel hak ve özgürlüklerin en başında yaşam hakkı yer almaktadır. Küretaj tartışmaları bağlamında embriyonun yaşam hakkı, hangi aşamada yaşamın başladığı genellikle muğlak noktada kalmaktadır. İnsan, yaşam hakkının öznesidir ve yaşamın nerede başladığı konusuna net bir cevap bulmak çok zordur. Birçok disiplin çerçevesinde (tıp, felsefe, hukuk, siyasetin vb.) yaşamın nerede başladığı hâlâ belirsizliğini korumaktadır. Küretaj bağlamında yaşam hakkının ceninin anne rahminde belirlediği andan itibaren mi, ceninin uzuvlarının veya sinir sisteminin oluşmaya başladığı andan mı, yoksa döllenmenin gerçekleştiği andan itibaren mi olduğu tartışmaların temel konularını oluşturmaktadır. Bu

çerçevede, küretaj hakkına karşı çıkanlar argüman olarak ceninin anne karnında bir birey olarak sayılabileceğini, ceninin yaşam hakkı olduğunu ve yaşam hakkının kutsal olduğunu; küretaj hakkını savunanlar ise ceninin, hamileliğin erken safhalarında birey olarak kabul edilemeyeceğini ifade etmektedirler. Ancak yaşamın ne zaman başladığına dair karar genelde devletlerin yetkisine bırakılmıştır. Bu nedenle küretaj hakkı konusu, iktidar tarafından zamanın nüfus politikalarının ihtiyacına göre değişiklik göstermektedir. Bu durum, nüfusun ve bedenlerin kontrolünün iktidar için önemli bir olgu olduğunu göstermektedir. Çünkü bugün sağlıklı nesiller yetiştirmek, yaşam kalitesi ve süresini artırıp bireyden en yüksek düzeyde verimi sağlamak, devletlerin temel görevlerinden biri olmuştur. Foucault'ya geri dönersek denetim toplumuna geçiş ile artık tek tek bedenler yerine toplumsal bedenin, yani nüfusun kontrol edilmesi söz konusudur. Kadın bedeninin denetime tabi olması da nüfus üzerinde yapılan her türlü düzenlemeyi mümkün kılabilen bir yöntem olarak karşımıza çıkmaktadır.

Finansal Kaynak

Bu çalışma sırasında, yapılan araştırma konusu ile ilgili doğrudan bağlantısı bulunan herhangi bir ilaç firmasından, tıbbi alet, gereç ve malzeme sağlayan ve/veya üreten bir firma veya herhangi bir ticari firmadan, çalışmanın değerlendirme sürecinde, çalışma ile ilgili verilecek kararı olumsuz etkileyebilecek maddi ve/veya manevi herhangi bir destek alınmamıştır.

Çıkar Çatışması

Bu çalışma ile ilgili olarak yazarların ve/veya aile bireylerinin çıkar çatışması potansiyeli olabilecek bilimsel ve tıbbi komite üyeliği veya üyeleri ile ilişkisi, danışmanlık, bilirkişilik, herhangi bir firmada çalışma durumu, hissedarlık ve benzer durumları yoktur.

Yazar Katkıları

Fikir/Kavram: Oya Özşavaş, Berna Arda; **Tasarım:** Oya Özşavaş, Berna Arda; **Denetleme/Danışmanlık:** Oya Özşavaş, Berna Arda; **Analiz ve/veya Yorum:** Oya Özşavaş, Berna Arda; **Kaynak Taraması:** Oya Özşavaş, Berna Arda; **Makalenin Yazımı:** Oya Özşavaş, Berna Arda; **Eleştirel İnceleme:** Oya Özşavaş, Berna Arda.

KAYNAKLAR

- Rose N. Medicine, history and present. In: Jones C, Porter R, eds. Re-assessing Foucault: Power, Medicine and Body. 1st ed. London: Routledge; 1994. p.53-4.
- Douglas M. Natural Symbols: Explorations in Cosmology. 2nd ed. New York: Routledge; 1996. p.69.
- Foucault M, Faubion JD, ed. Hurley R, translator. The birth of social medicine. Power: The Essential Works of Foucault 1954-1984. 1st ed. London: Penguin Books; 2001. p.134-7.
- Foucault M. Aktaş Ş, çeviri editörü. Toplumu Savunmak Gerekir. 7. Baskı. İstanbul: YKY Yayınları; 2008. p.257-317.
- Arpacı, M. Modernleşen Türkiye'de Beden ve Nüfus Politikaları: Hıfzıssıhha, Terbiye, Öjeni [Doktora tezi.] İstanbul: Mimar Sinan Güzel Sanatlar Üniversitesi; 2015. [Erişim tarihi]: 05 Şubat 2019. Erişim linki: [\[Link\]](#)
- Berkley FG. Feminist teorinin önemli bir alanı: Cinsellik [An important area of feminist theory: Sexuality]. Cogito. 2008;58:59-72.
- Mazower M. Morali M, çeviri editörü. Karanlık Kıta Avrupa'sının 20. Yüzyılı. 1. Baskı. İstanbul: İstanbul Bilgi Üniversitesi Yayınları; 2003. p.94-101.
- Ülman İ. Etik, biyoetik, hukuk: temel kavramlar ve yaklaşımlar [Ethics, bioethics, law (basic principles and main approaches)]. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi. 2010;(1)1:1-4. [Link]
- Dawson A. The future of bioethics: three dogmas and a cup of hemlock. Bioethics. 2010;24(5):218-25. [Crossref] [PubMed]
- Arda B. Etiğe kavramsal giriş ve temel yaklaşımlar. Arda B, Kâhya E, Başağaç Gül RT, editörler. Bilim Etiği ve Bilim Tarihi. 1. Baskı. Ankara: Ankara Üniversitesi Basımevi; 2004. p.21-36.
- Çobanoğlu N. Kuramsal ve Uygulamalı Tıp Etiği. 1. Baskı. Ankara: Eflatun Yayınevi; 2009. p. 241.
- Harris J. Bioethics. 1st ed. Oxford: Oxford University Press; 2001. p.1. [Crossref]
- Uygur G. Kamu Sağlığı Bağlamında Hukuk ve Biyoetik İlgisi. Sosyal Dönüşüm, Biyoetik ve Kamu Politikaları Konferans Sunumları; 2012, 12-13 Nisan; Ankara. Ankara: UNESCO; 2012. [Link]
- Beauchamp TL, Childress JF. Principles of Biomedical Ethics. 3rd ed. New York: Oxford University Press; 1989. p.67-80.
- Aydın E, Ersoy N. Etik ve tıp etiği temel kavramlar [The principles of medical ethics]. Türkiye Klinikleri J Med Ethics. 1996;2(3):48-52.
- Lemke T. Özmağas U, çeviri editörü. Biyopolitika. 1. Baskı. İstanbul: İletişim Yayınları; 2013. p.16-57.
- Foucault M. Security Territory Population: Lectures at the College De France, 1977-78. 1st ed. New York: Palgrave Macmillan; 2009. p.16.
- Foucault M. Ergüden I, Akınhay O, çeviri editörleri. Özne ve İktidar. 4. Baskı. İstanbul: Ayrıntı Yayınları; 2014. p.20-152.
- Foucault M. Tannöven H, çeviri editörü. Cinselliğin Tarihi. 3. Baskı. İstanbul: Ayrıntı Yayınları; 2010. p.71-102.
- Goffman E. Arıcan E, çeviri editörü. Tımarhaneler. 1. Baskı. İstanbul: Heretik Yayıncılık; 2015. p.25-8.
- Foucault M. Burchell G, translator. The Birth of Biopolitics. 1st ed. New York: Palgrave; 2008. p.49.
- Foucault M. Ergüden I, çeviri editörü. İktidarın Gözü. 1. Baskı. İstanbul: Ayrıntı Yayınları; 2003. p.75-258.
- Foucault M. Malak Uysal İ, çeviri editörü. Kliniğin Doğuşu. 2. Baskı. Ankara: Epos Yayınları; 2006. p.53.
- Foucault M. Kılıçbay MA, çeviri editörü. Hapishane'nin Doğuşu. 3. Baskı. Ankara: İmge Yayınları; 2006. p.294-5.
- Ramazanoğlu C, Bayatlı M, çeviri editörü. Feminizm ve Ezilmenin Çelişkileri. 1. Baskı. İstanbul: Pencere Yayınları; 1998. p.198-212.
- Jaggar MA. Abortion and a woman's right to decide. Living with Contradictions: Controversies in Feminist Social Ethics. 1st ed. Colorado: Westview Press; 1994. p.282.
- Turner, SB. The Body and Society: Explorations in Social Theory. In: Featherstone M, ed. 3rd ed. London: Sage; 2008. p.82.
- Davidoff L. Ateşer Z, Somuncuoğlu S, çeviri editörleri. Feminist Tarih Yazımında Sınıf ve Cinsiyet. 3. Baskı. İstanbul: İletişim Yayınları; 2012. p.235.
- MacKinnon AC. Yöney T, Yücesoy S, çeviri editörleri. Feminist Bir Devlet Kuramına Doğru. 1. Baskı. İstanbul: Metis Yayınları; 2003. p.136-224.
- Kadınlara Karşı Her Türü Ayrımcılığın Önlenmesine Tasfiye Edilmesine Dair Sözleşme. Erişim tarihi: 25 Mart 2019. Erişim linki: [\[Link\]](#)
- Report of International Conference on Population and Development. United Nations, 1995. Cited: March 25, 2019 Available from: [\[Link\]](#)

ÖZET

Doktora Tezi
Kadının Aydınlatılmış Onamı Bağlamında Sezaryen Uygulamaları: Biyoetik Bir
Değerlendirme
Oya ÖZSAVAŞ
Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü
Prof. Dr. Berna ARDA

Tez çalışması, Türkiye’de sezaryen uygulamaları öncesi aydınlatılmış onamın usulüne uygun olarak alınması konusunda sıkıntıların mevcut olduğu varsayımına dayanılarak planlanmıştır. Bu tez çalışmasında hem biyoetik disiplininin hem de feminist çalışmaların yöntem bilgisi çerçevesinde kadınların doğum şekli tercihlerinde özerk olup olmadıkları konusunda bilgi üretmek amaçlanmıştır. Bu amaç doğrultusunda biyoetik, biyopolitika, biyoiktidar, tıbbileşme kavramları açıklanmaya çalışılmıştır. Bu bağlamda tez kapsamında aydınlatılmış onamın sezaryen doğum öncesinde uygulanma yöntemine dair karşı karşıya kalınan etik sorunlar belirlenmiş ve çözümüne ilişkin öneriler sunulmuştur. Araştırmanın genel amacı, Türkiye’de sezaryen uygulamalarında biyoetik bağlamında aydınlatılmış onam kavramının değerlendirilmesidir. Bu çalışmada bilgilendirmenin kapsamı, bilgilendirmenin doğum süreci üzerindeki etkisi, aydınlatılmış onamın temel bileşenlerinin sezaryen uygulamaları öncesi yapılan bilgilendirme çerçevesinde içerilip içerilmediğini saptamak hedeflenmiştir.

Araştırma amacına ulaşabilmek için niteliksel alan araştırması yürütülmüş, katılımcıların sezaryen doğumu tercih nedenleri, sezaryen konusundaki düşünceleri, karar mekanizması ve sezaryen doğumda aydınlatılmış onam uygulaması konularına ilişkin değersel söylemleri, hazırlanan soru formu üzerinden derinlemesine görüşmeler yapılarak elde edilmiştir. Belirlenmiş her kategorinin altında birbirini destekleyen sorular hazırlanmıştır. Derinlemesine görüşmelerden elde edilen veriler, tematik analiz yöntemi ile değerlendirilmiştir. Görüşmelerde öne çıkan değersel söylemler, bağlam, ana tema ve alt temalara ayrılmıştır. Niteliksel araştırmanın saha çalışması tamamlandığında sezaryen öncesi aydınlatılmış onamın uygulanma usulüne yönelik önemli bilgiler elde edilmiştir.

Anahtar Sözcükler: Biyoetik, biyopolitika, biyoiktidar, tıbbileşme, üreme hakları, cinsel sağlık, Sağlıkta Dönüşüm Programı, sezaryen, aydınlatılmış onam.

ABSTRACT

PhD Thesis

Caesarean Section Practices in the Context of Women's Informed Consent: A Bioethical Evaluation

Oya ÖZSAVAŞ

Ankara University Social Sciences Institute

Prof. Berna ARDA, MD, MedSpec, PhD

The thesis was planned based on the assumption that there are problems in Turkey in obtaining informed consent before cesarean section procedures. This thesis aims to produce information on whether women are autonomous in their choice of mode of delivery within the framework of the methodological knowledge of both the discipline of bioethics and feminist studies. For this purpose, the concepts of bioethics, biopolitics, biopower and medicalization were tried to be explained. In this context, within the scope of the thesis, the ethical problems encountered regarding the method of applying informed consent before cesarean delivery were identified and suggestions for their solution were presented.

The general aim of the research is to evaluate the concept of informed consent in the context of bioethics in cesarean section practices in Turkey. In this study, it was aimed to determine the scope of the information, the effect of the information on the birth process, and whether the basic components of informed consent were included in the information provided before cesarean section procedures.

In order to achieve the aim of the study, qualitative field research was conducted, and the participants' reasons for preferring cesarean section, their thoughts on cesarean section, decision-making mechanism and value discourses on informed consent in cesarean section were obtained through in-depth interviews using a prepared questionnaire. Questions supporting each other were prepared under each category. The data obtained from in-depth interviews were evaluated by thematic analysis method. The value discourses that came to the fore in the interviews were divided into context, main theme and sub-themes. When the fieldwork of the qualitative research was completed, important information was obtained on the implementation procedure of informed consent before cesarean section.

Key Words: Bioethics, biopolitics, biopower, medicalization, The Health Transformation Program, reproductive rights, sexual health, cesarean section, informed consent.